

▶ Soins contraints et services d'urgence <i>Vincent Dubois & Vincent Lorant</i>	2
▶ Etats de souffrance	4
• Souffrance au travail – <i>Vincent Gérard</i>	4
• Souffrance et Santé mentale – <i>Isabelle Deliège</i>	6
- Faut-il guérir tous les maux? – <i>Mauricio Garcia</i>	6
- Le Point de vue sociologique et l'expérience de l'acteur <i>Lydwine Verhaegen</i>	8
- Santé psychique et souffrance – <i>C.Barreau & C. Keyeux</i>	9
▶ L'infirmier pluriel en pluridisciplinarité <i>Thierry Degembe</i>	11
▶ Quitter sa tour d'ivoire – Initiatives en SSM <i>Francine Lange</i>	12
▶ Eole-LIENS, la clinique du travail en réseau <i>I. Bergeret, B. Dispaux, A. Flausch, D. Montag & F. Verlinden</i>	14
▶ Une réforme en perspective pour les SSM <i>Christiane Bontemps</i>	16

Dossier : La relation... thérapeutique?

▶ Préface	17
▶ Le ressort de la thérapeutique – <i>Alfredo Zenoni</i>	18
▶ Quand la nourriture fait mal – <i>Christine Gosselin</i>	20
▶ Les paradoxes de l'autonomie en psychiatrie : une analyse sociologique <i>Livia Velpry</i>	21
▶ La relation prescripteur/prescrit – <i>Philippe Hennaux</i>	24
▶ Quelle place pour le «transfert»? – <i>Benoît Bourguignon</i>	25
▶ Comment dé-chiffrer un sujet en souffrance? – <i>Wim Galle</i>	26
▶ Réflexions... sur le Self help – <i>Isabelle Lavergne</i>	27
▶ La Charabiole – <i>Denis Collet, Geneviève, Frédéric & Fernand</i>	28
▶ « Chut ! Un peu de silence ! J'arrive pas à me concentrer... J'écris ! » <i>Corinne Laurent</i>	30
▶ Se faire entendre, se faire comprendre... <i>Une rencontre avec Inès Guerreiro & Aude Rouyr</i>	32
▶ Accompagner pour impliquer... <i>Emmanuelle Balthazart & Cécile Van Erck</i>	33
• Le travail est-il thérapeutique? – <i>Jean-Michel Stassen</i>	35
▶ Entre l'un et l'autre... l'arc-en-ciel <i>Une rencontre avec Freek Dhooghe & Sandrine Rastelli</i>	36
▶ Itinéraire d'une incapacité psychiatrique persistante <i>Fiorella Lapenna</i>	38
▶ Le programme Profamille : <i>Yan Hodé</i>	40
• Dire et voir autrement – <i>R. Vonthron</i>	42
• L'expérience « Pro Famille » à Similes Wallonie <i>F. Collard & S. Lemestre</i>	42
▶ Cause Café <i>Stéphanie Collard, Pascal Colson & François Wyngaerden</i>	43
▶ Un pari en Communauté germanophone : l'usager au cœur du SSM <i>Franziska Franzen</i>	44
▶ La participation usagère : oser, oser <i>Anne-Laure Donskoy</i>	46
▶ Repères et références bibliographiques	48



Soins contraints et services d'urgence

De l'ancestrale loi de collocation datant de 1850 à celle promulguée en 1990 relativement à la protection de la personne du malade mental, un pas énorme a été franchi. Mais cela n'a pas empêché tous ceux qui s'y frottent de poursuivre la réflexion sur cette matière sensible des soins contraints. A l'occasion du 50^{ème} anniversaire de la Fondation Julie Renson¹, le Professeur Vincent Dubois a eu l'occasion de présenter les résultats de travaux qui se sont poursuivis sur le sujet. Il y a notamment amené une réflexion sur la procédure d'urgence - soi-disant exceptionnelle - et sur ses déterminants, tout en faisant référence aux propositions à l'étude pour pallier ces difficultés. Il reprend les grandes lignes de son intervention pour *Confluences*.

Vincent DUBOIS² - Psychiatre, UCL

Vincent LORANT³ - Sociologue et économiste de la santé, UCL

Depuis quelques années, et malgré eux, les services d'urgence ont pris une place majeure dans les expertises psychiatriques faites à la demande du procureur du Roi dans le cadre de la Loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne du malade mental.

De la collocation à la protection

Cette Loi prévoit deux modes d'application : un mode non-urgent et un mode urgent, ce dernier ayant été pensé comme exceptionnel. Le mode non-urgent permet à une personne inquiète pour un de ses proches, munie d'un certificat médical attestant les critères que sont : la maladie mentale, le danger pour soi et/ou pour les autres, et l'absence d'alternative moins contraignante, de s'adresser au juge de paix qui doit réunir les parties dans les 10 jours. Le patient a droit à un avocat et un médecin de son choix. Le jugement statuera sur la nécessité d'hospitalisation mais peut également mettre en place des soins familiaux. Cette modalité inscrit donc le débat contradictoire au cœur de la pratique. En 1990, cette nouvelle Loi apparaissait comme une amélioration considérable de la loi de collocation ressentie par beaucoup comme trop arbitraire, voire abusive.

Quand l'exception devient la règle !

Au même moment, le législateur inscrivait une modalité urgente sensée être exceptionnelle. Cette procédure s'initie soit à la demande d'un tiers familial, soit par les forces de l'ordre, et s'adresse directement au Procureur du Roi qui, le plus souvent, demandera une expertise devant statuer sur les critères de la Loi mais en urgence. Le temps nécessaire à cette expertise n'est pas défini et les dérives d'examen trop rapides possibles. On comprendra aisément les dangers que représentent une banalisation de ce moment d'expertise tant les enjeux pour le patient, sa famille et notre société sont nombreux.

En 2007, que devons-nous constater ? Dans les grandes villes, la procédure urgente est devenue la règle. Par exemple, à Liège, 94 % des dossiers de mise en observation sont initiés sous la forme urgente. A Bruxelles, la situation est identique et plus de 1400 personnes par an font l'objet d'une demande d'expertise en urgence. Ce chiffre est en constante augmentation. La mission du médecin aux urgences est de déterminer si le patient, amené le plus souvent par les forces de l'ordre à la demande du parquet, répond aux critères de la Loi.

Nos travaux⁴ ont montré que dans plus de la

moitié des cas, la mise en observation n'est pas nécessaire : soit parce que les critères ne sont pas présents, soit, qu'il existe une alternative moins contraignante. On ne peut donc qu'être interpellé par ce grand nombre de personnes amenées de force aux urgences et pour qui, la société, tente la solution du soin psychiatrique contraint. Comment expliquer ce phénomène ? Nous suggérons trois explications.

Accueillir les détresses psychosociales ?

Premièrement, la médicalisation d'une certaine détresse psychosociale permet à notre société de pousser vers les services d'urgence des personnes en situations complexes (réfugiés, SDFs, ...) pour qui les soins psychiatriques peuvent apparaître comme une solution.

En effet, par leur ouverture sur la cité et leur grande accessibilité, les services d'urgence sont de plus en plus souvent utilisés par les acteurs sociaux comme des lieux d'accueil à partir desquels une solution plus durable pourrait être envisagée. Malheureusement, bien souvent, les « urgentistes » manquent de moyens et de temps pour être capable de répondre adéquatement à des situations psychosociales de plus en plus imbriquées, nécessitant des approches pluri-sectorielles que les services d'urgence ne sont pas en mesure d'activer.

Forcer l'accès aux soins pour les situations les plus fragilisées ?

Deuxièmement, alors que, dans l'organisation des soins psychiatriques, le service d'urgence a toujours été pensé comme un « gate keeper », c'est-à-dire une structure capable de faire du tri et de l'orientation, la complexification des situations psychosociales et la difficulté d'accès aux soins pour certaines catégories de patients ont transformé de plus en plus souvent les urgences psychiatriques en « gate opener » à savoir des interventions pour forcer l'accès aux soins des

plus fragilisés, la Loi devenant dès lors un instrument servant en partie à pallier aux insuffisances de l'organisation du système de soins. La demande de mise en observation via le service des urgences devient une manière de mobiliser le secteur des soins pour des patients qui ne voient plus offrir d'autres alternatives. Par exemple, à situations cliniques psychiatriques identiques quant à leur gravité, plusieurs travaux ont démontrés que l'origine ethnique, surtout dans ses dimensions d'isolement social et de difficulté de communication, est un facteur qui pèse lourd dans la décision de soins contraints.

Comblent les lacunes dans l'ambulance ?

Enfin, et c'est là notre troisième hypothèse, face à cette tentation du soins contraint, on ne peut que s'interroger sur l'accès et la place laissée à la grande maladie mentale au sein de nos structures ambulatoires. Si le service de santé mentale a historiquement été pensé comme la structure de proximité sensée couvrir les besoins de santé mentale des populations locales, ces mêmes structures sont aujourd'hui débordées par une définition de plus en plus extensive des problèmes de santé mentale, qu'il ne s'agit surtout

pas ici de banaliser, et par de nouvelles demandes dont la souffrance psychosociale fait de plus en plus partie. Il y a donc un risque que, particulièrement dans les grandes villes, les structures ambulatoires ne parviennent plus toujours à répondre aux besoins des plus fragilisés et qu'on assiste à un retour des parcours hospitaliers classiques.

Pour illustrer ce dernier point, nos travaux portant sur 346 demandes d'expertises faites à l'unité de crise et d'urgence psychiatrique des cliniques universitaires St-Luc montrent que parmi les critères de la Loi, c'est avant tout l'absence d'alternative qui guide le clinicien dans sa décision de mise en observation, bien plus que la présence d'une maladie mentale et d'une dangerosité comme on aurait pu s'y attendre. Face à ce constat, et pour limiter tant que faire ce type d'urgence à l'avenir, il peut être utile d'investiguer trois pistes :

- Développer de réelles alternatives de soins capables de répondre aux besoins des patients fragilisés. Par exemple, les britanniques ont développé l'outreach, des actions plus pro-actives visant à déplacer les cliniciens vers les

patients plutôt que d'attendre que le patient vienne vers le clinicien ;

- Résoudre les problèmes d'accès des malades mentaux chroniques aux services ambulatoires et communautaires. L'absence d'alternative pour certains patients psychiatriques plus difficiles à prendre en charge soulève la question des priorités du secteur ambulatoire ;
- Enfin, en ce qui concerne la Loi de 1990, il serait nécessaire de repenser ses modalités d'application et de faire avancer politiquement les diverses propositions d'amendement qui ont vu le jour au sein des professionnels de la santé mentale en concertation avec le milieu judiciaire. Les toutes récentes propositions de la plate-forme bruxelloise de concertation en santé mentale sont à ce point de vue exemplaires (voir encart). ●

¹ Journée d'étude organisée le 7 mai 2007 au Parlement belge sur le thème : « La Santé mentale en Belgique : l'œuvre accomplie et à venir ».

² Chef du service de psychiatrie adulte aux Cliniques universitaires St-Luc et Professeur à l'UCL.

³ Ecole de Santé Publique et Professeur à l'UCL.

⁴ Lorant V., Depuydt C., Gillain B., Guillet A., Dubois V., Involuntary commitment in psychiatric care : what drives the decision ? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 5, 2007.

⁵ Avec l'aimable contribution de Madame Michèle Roland (CHJT), secrétaire de l'antenne du groupe de travail.

« Propositions de modification de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne du malade mental »

Plate-forme de Concertation pour la Santé Mentale en Région de Bruxelles-Capitale

Dans le cadre d'une antenne de son groupe de travail « Mise en observation - Intervision », la PFCSM bruxelloise a réalisé une analyse systématique des effets de la loi du 26 juin 1990 et des améliorations qu'il conviendrait de lui apporter. Il ressort de ce travail fouillé que les principes de base de la loi sont bons et que la collaboration mise en place entre les « personnes intéressées » - pouvoir judiciaire, psychiatres et responsables des traitements à caractère ambulatoire - doit être maintenue mais que la loi doit être adaptée aux réalités vécues sur le terrain. Parmi les nombreuses propositions, pointons⁵ :

- ▶ La faculté pour un service d'urgences psychiatriques, sur réquisition du procureur du Roi, d'effectuer sereinement une observation clinique d'un malade pendant une durée de 24 heures maximum. Ceci, afin de permettre à l'expert de prendre tous les contacts nécessaires avec le réseau du patient, d'envisager les alternatives possibles à la mesure de protection et in fine, d'apprécier si toutes les conditions d'une mise en observation urgente sont réunies. (art. 9) ;

- ▶ La possibilité d'évaluer, lors d'une audience tenue par le juge de paix, s'il y a lieu de prolonger le maintien de la mesure ou la postcure sans pour autant devoir réintégrer le malade en milieu hospitalier (art. 17) ;
- ▶ L'extension de la notion de « soins en milieu familial » à celle de « soins en milieu de vie approprié » : même si cette mesure est peu usitée vu la difficulté de gérer des patients en crise hors d'un milieu spécialisé, elle offre néanmoins la possibilité d'alternatives à l'hospitalisation que le groupe propose d'étendre à d'autres lieux de vie, homes ou communautés thérapeutiques par exemple (art. 23).

Pour en savoir plus : « Propositions de modification de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne du malade mental ». Rapport de l'antenne du groupe de travail « Mise en observation-Intervision » de la PFC de Bruxelles-Capitale, décembre 2006
Contact : 02/ 289.09.63 – PFSM.OPGG@beon.be



Souffrance au travail

« Travailler, c'est trop dur, et voler, c'est pas beau. D'mander la charité, c'est quequ' chose j' peux pas faire. Chaque jour que moi j' vis, on m' demande de quoi j' vis. J' dis que j' vis sur l'amour, et j'espère de viv' vieux !¹ »

Vincent GERARD
IWSM

La souffrance est intimement liée à l'expérience d'un sujet vivant et échappe en partie aux catégories d'analyse psychologique, sociologique ou autres. Pour le dire autrement, l'individu vivant précède l'individu pensant. La formulation « *je pense donc je suis* » est incorrecte, c'est plutôt « *j'éprouve donc je suis* » et je pense après.²

Souffrances acceptables vs souffrances illégitimes

Partant de ce constat, on peut s'interroger sur la distinction entre les expériences de souffrance acceptables et celles excessives, illégitimes. Comme nous sommes toujours en recherche de réalisation, de plaisir, de désir, nous sommes par

« *Etats de souffrance - Décrypter les souffrances sociales contemporaines* », un thème qui a mobilisé chercheurs et acteurs lors d'un colloque inter-universitaire convoqué au printemps dernier³. L'IWSM y a participé et contribué. Il s'agissait d'alimenter trois objectifs : s'intéresser aux états de souffrance aujourd'hui, interroger la pertinence de la catégorie « souffrance » en sciences sociales et questionner le rôle du chercheur face à cette souffrance, et ce, dans trois champs d'investigation : travail, politiques sociales et santé mentale.

Situons d'emblée⁴ que la souffrance n'est pas un « état ». Avant d'être conçue comme une douleur physique ou morale, la souffrance désignait une action, celle qui consiste à supporter, soutenir, résister. Se souffrir, en ancien français, c'est *se tenir debout*, *se soutenir mutuellement*. Le problème consisterait donc moins à supprimer la souffrance que de réfléchir à ses effets sur le lien social et aux possibilités de la transformer. Il convient toutefois de bien distinguer les souffrances inévitables, liées à notre condition humaine, notamment la perte d'un être cher, des souffrances inadmissibles, liées à des injustices contre lesquelles il nous faut lutter.

conséquent toujours en souffrance, car confrontés à des limites, à notre finitude. Il y a une résistance et une opposition constantes à notre réalisation. Ce constat s'observe dans le travail, domaine essentiel à la construction de soi et à la constitution d'un statut social.

Dans son travail, comme dans d'autres domaines, l'individu introduit des mécanismes de défense pour lutter et réduire sa souffrance, parfois pour ne pas la ressentir lorsqu'elle lui est intolérable. Si la souffrance devient invisible, elle est néanmoins présente.

Que gagnons-nous à travailler ?

L'hyperactivité est une situation typique où il est difficile de cerner les formes normales et pathologiques de la souffrance au travail. C'est une surcharge ou un excès de travail soutenu, habituel, non occasionnel, qui répond à un contexte d'exigences fortes voire indéfinies. Dans ce contexte, les critères de travail sont flous ou inexistantes mais sous-tendus par un appel constant à la performance. L'hyperactivité devient pathologique lorsque l'individu se perd lui-même dans son travail. Il en existe plusieurs formes :

- L'autoaccélération de surcharge où l'individu en fait toujours plus pour éviter de sentir qu'il en fait trop ;
- La compensation où l'individu dit par exemple *ça va très mal donc je travaille plus pour compenser* ;

- Le défi où l'individu croît en ce qu'il veut et travaille plus pour l'obtenir, en minimisant voire en occultant les conséquences de cette surcharge.

Si l'hyperactivité ne réussit pas à s'exprimer entre travailleurs, même minimalement, elle se retourne contre les personnes sous forme d'auto-destruction pouvant mener, dans les cas extrêmes, au suicide. Dans ces conditions, que gagnons-nous à travailler ? Il est certainement préférable de vivre uniquement d'amour, comme le dit la chanson. A moins que le travail puisse être compatible avec l'amour...

Souffrance au travail, un sujet dont on parle...

A travers les discours sur la souffrance au travail, on constate⁵, depuis les années 90, l'émergence d'un phénomène social. L'utilisation massive de ce thème s'observe dans les productions scientifiques et littéraires, dans les films et documentaires, dans les discours managériaux, même dans les luttes syndicales, qui - traditionnellement - sont engagées contre l'exploitation, l'aliénation, la pénibilité... Un autre indice de ce phénomène social, c'est l'expansion d'un marché de la souffrance au travail. Le coaching, les formations au développement personnel, même les psys sont sollicités dans les organisations, comme jamais auparavant, pour tenter de « réduire » cette souffrance.

Travail et conditions de travail

Dans ce foisonnement, quelles sont les situations sociales objectives susceptibles de générer de la souffrance ? Les conditions d'emploi et de travail en font partie. La délocalisation des travailleurs, le développement de la sous-traitance qui supprime plus d'emplois qu'elle n'en crée, la précarité des contrats de travail sont devenus la règle et non plus l'exception dans tous les secteurs du travail. Vivre dans l'incertitude, dans la peur de perdre son emploi est une des conséquences psychologiques. Elles peuvent être bien plus désastreuses. Dans le secteur du traitement du coton, en 5 ans, il y a eu 9.000 suicides au Mexique. Les actions politiques et juridiques qui dénoncent ces conditions de travail, de manière collective, permettent de lutter contre les souffrances qu'elles engendrent.

Travail collectif et évaluations individuelles

L'individualisation des parcours de travail est aussi une situation objective génératrice de souffrance. Nous sommes passés d'une société composée de groupes sociaux avec une homogénéité forte à des « groupes » d'individus où l'autonomie de chacun prime. Or, « la souffrance

implique de comptabiliser ses actes pour en rendre compte à tout moment. Dans cette logique, l'individu porte parfois la responsabilité de contradictions organisationnelles. Les causes des conflits sont attribuées à des personnes, voire à leur profil psychologique, alors qu'elles sont généralement liées au contexte social. « Il fait tout de travers, il ne comprend rien à ce qu'on lui demande, c'est un incompetent » sont autant de disqualifications données par la hiérarchie au personnel, voire entre les collègues eux-mêmes. Individuellement, il est possible d'y résister, mais combien de temps ? *Sommes-nous disposés à résister collectivement à cette individualisation dans notre milieu de travail ?*

Quantité de travail et évaluation des résultats

L'ensemble des tâches exécutées pour arriver à un résultat de travail prescrit est une troisième situation pouvant mener à des souffrances. La prescription prend la forme d'un idéal, contenant des indications contradictoires, voire paradoxales, et inatteignables dans la plupart des cas. Les individus sont obligés de simuler le travail exigé tout en dissimulant le travail réellement effectué. *Toutes les tâches et l'organisation sous-jacentes ne sont pas reconnues, seul compte le résultat final.* Bien que la désobéissance aux règles prescrites est une issue pour arriver à ce résultat, il n'est pas envisageable de les remettre en question, du moins pas individuellement. Une issue serait une remise en cause collective des règles organisationnelles pour amener des changements aux situations aliénantes. Mais quels lieux de travail l'autorisent et surtout aboutissent à des changements ?

Détournement de sens

La perte de sens du travail réalisé peut être également source de souffrance chez les individus. Elle s'observe notamment lorsque la finalité première du travail est détournée. Par exemple, lorsqu'on demande à des services publics d'adopter des stratégies commerciales pour être rentables avant d'être au service du citoyen. Les dispositifs visant à soulager la souffrance des

travailleurs, morale ici, visent à réinterpréter le sens de leur travail pour qu'il redevienne acceptable ou supportable.

A qui parler de sa souffrance au travail ?

Ceux qui vivent l'une de ces quatre situations de souffrance ne peuvent ou ne veulent généralement pas le dire. Se dire à soi-même que l'on souffre n'est pas évident. Le dire à un collègue, c'est se faire passer pour un faible et être confronté aux résistances de l'autre. Dans certains milieux, c'est même impensable, tellement la concurrence interpersonnelle est forte. En parler à son employeur, c'est risquer de mettre fin à une représentation positive durement acquise, parfois, c'est voir son contrat de travail remis en question. Le partager à un ami, oui, mais va-t-il comprendre ce que je vis, lui qui est dans un autre milieu de travail ? En fin de compte, ce sont surtout le médecin, le thérapeute, le juriste qui entendent parler de la souffrance des travailleurs. Étonnant, puisque ces professionnels sont périphériques à l'organisation du travail, et ne peuvent généralement pas agir sur ses causalités ! Dès lors, *comment sortir sa souffrance du cadre intime de la consultation pour mener une action collective sur les situations sociales génératrices de souffrance ?*

Un nouvel éclairage sur des souffrances vécues permet d'y réagir autrement. C'est du moins ce que je souhaite à chacun, là où il en est dans son cheminement. ●



Christian Zmuidzinas

vient d'un vouloir vivre autonome, de l'amour propre et de vouloir être absolument soi⁶ ». L'injonction sociale à être soi-même se retrouve, par exemple, dans la mise en place d'un management qui évalue les employés individuellement, alors que les relations de travail sont collectives, que les compétences et les responsabilités peuvent l'être également. Ce management

¹ « Travailler c'est trop dur », une chanson de Zacharie Richard, citée par Jacques Rhéaume, Professeur à l'Université du Québec à Montréal, Département de communication sociale et publique, en guise d'introduction.

² L'orateur base son propos sur une thèse défendue par le philosophe Michel Henry.

³ Colloque organisé à l'UCL à Louvain-la-Neuve, les 23 et 24 mars derniers, avec le soutien du Département des Sciences politiques et sociales, de l'Institut des Sciences du Travail, du Groupe Interdisciplinaire de Recherche et d'Observation du Changement Social et avec l'appui du Fonds National de la Recherche Scientifique.

⁴ Avec Thomas Périlleux, Professeur à l'UCL, Départements ESPO/IAG/REHU et responsable de l'Unité de gestion sociale et d'analyse des organisations, comme il l'a développé en introduction au colloque.

⁵ Avec Marie-Anne Dujarier, Maître de conférences à l'Université Paris III Sorbonne Nouvelle et à l'École polytechnique de Paris. Elle a alimenté les travaux avec un exposé sur le thème : « Parler de la souffrance d'autrui. Une critique sociologique du discours ».

⁶ Simone Veil, citée par M.-A. Dujarier.



Souffrance et Santé mentale

Parmi les différents sujets traités lors du colloque, *Confluences* s'est aussi intéressé à l'atelier « Santé mentale ». Intervenants et participants y ont apporté un éclairage sur différentes manières d'approcher la souffrance en santé mentale. Il s'agissait notamment d'interroger la spécificité de l'approche selon qu'on se situe dans une visée psychothérapeutique, quelle que soit l'orientation, ou dans une optique de recherche, qu'elle soit clinique ou sociologique.

Coordination : **Isabelle DELIEGE** - IWSM

Faut-il guérir tous les maux ?

*La notion de souffrance dans la pratique clinique :
obscur passe-partout réductionniste ou atout pour l'écoute de la singularité ?*

Mauricio GARCÍA

Psychanalyste et Docteur en Psychologie.
Professeur aux Facultés Universitaires Saint Louis, Bruxelles

Freud pensait que la psychanalyse cherchait à guérir des souffrances névrotiques mais qu'elle ne pouvait nullement épargner au sujet les souffrances ordinaires, les souffrances de la vie. Or, de nos jours, nous repérons une tendance à faire de toute souffrance un objet de soins, sorte de « culture des analgésiques ». Toute douleur, toute expérience problématique devrait trouver une issue, un soulagement, voire une résolution, au sein des dispositifs thérapeutiques de natures diverses.

Cette démarche renforce le leurre de la médicalisation ou de la psychologisation de tous les maux, perdant de vue que parfois, ils relèvent des réactions normales à des conditions sociales anormales ou aliénantes pour le sujet. C'est ce leurre que recouvre souvent la notion de souffrance, qui peut, néanmoins, attirer l'attention sur la singularité et les modalités spécifiques de « l'être malade » d'un sujet.

Plusieurs entrées me semblent pertinentes pour penser le problème. J'en développerai deux¹ dans ce texte :

- 1) Le glissement de la notion de dépression du statut d'une maladie vers une notion large qui recouvre le malaise contemporain ;
- 2) La pratique analytique où la notion de « souffrance » permet de saisir la singularité des enjeux subjectifs du malaise, du conflit ou de la maladie.

La dépression comme modèle d'une souffrance passe-partout

L'épidémiologie de la dépression a connu un accroissement inouï ces dernières décennies, au point de devenir, pour certains chercheurs, la maladie à la « mode », c'est-à-dire, une notion qui permet de représenter de manière élective le malaise contemporain.

Le fait que les antidépresseurs stimulent l'humeur des personnes « vraiment dépressives », alimente l'espoir de dépasser toute souffrance psychique. C'est ce qu'on a pu repérer avec l'utilisation massive et indiscriminée du Prozac et d'autres substances. Cet espoir n'est pas pour



Atelier photo du Centre A.Baillon, Liège

rien dans le « succès » social de la dépression comme signifiant pour nommer sa souffrance. Mais, est-ce que toute souffrance est à juguler ? N'y a-t-il pas des souffrances « utiles », ou encore mieux, mobilisatrices de transformation ? Dans une dérive culturelle où il paraît absurde de supporter ses souffrances, est-il encore possible de distinguer les malheurs et les frustrations inhérents à la vie quotidienne de la pathologie ? La distinction freudienne entre « souffrances de la vie » et « souffrance névrotique », bien que toujours fondée, paraît perdre socialement sa pertinence dans un contexte où il n'est plus si aisé de distinguer ce qui relève d'une maladie de ce qui relève d'autre chose. « *Si la déontologie médicale contraint le médecin à soulager la souffrance quand il ne peut pas guérir une maladie, pourquoi devrait-il procéder autrement en matière de souffrance psychique ?*² » .

Ehrenberg, nous montre que ce contexte est celui de l'individualisme contemporain. Il ne le comprend pas seulement comme un processus de perte de référence de l'homme moderne noué à la fragilisation (voire au déclin) du lien social, ce

qui se manifesterait dans l'affaiblissement de la vie publique et de son investissement, pour renforcer les investissements moïques, voire narcissiques comme le pensait Lipovetsky par exemple³. Pour Ehrenberg, cette perspective n'est que le reflet d'« illusions rétrospectives », démunies d'un minimum de sens historique, et qui conduisent juste à avoir pitié des souffrances d'aujourd'hui. Pour Ehrenberg, un des traits forts de l'individualisme démocratique est que nous sommes devenus des « individus purs », qui ont à juger eux-mêmes en construisant leurs propres référents. Aucune loi morale, aucune tradition ne viendrait nous indiquer de l'extérieur comment nous devons être ou nous conduire. Au fond, l'équilibre entre le défendu et le permis, qui régulaient l'individualité jusqu'aux années 1950-60 a perdu son efficacité, donnant lieu à une recherche d'équilibre entre le possible et l'impossible. Au lieu d'être fondamentalement confrontés à la loi et la culpabilité, nous sommes davantage confrontés à la responsabilité personnelle. Au lieu d'être agie par des contraintes ou un ordre extérieur, une personne devrait aujourd'hui s'appuyer sur ses ressources internes et ses compétences. Les notions de projet, initiative, motivation, communication et *empowerment* sont devenues les normes d'aujourd'hui.

Cet ordre normatif de la responsabilité change le concept psychiatrique et social de la dépression. Ehrenberg travaille deux hypothèses à ce sujet :

- L'individu affronte une pathologie de l'insuffisance plus qu'une maladie de la faute par rapport à l'ordre de la loi. Le déprimé est un homme arrêté et par ailleurs le déplacement de la culpabilité à la responsabilité ne se produit pas sans changer « *les relations entre le permis et le défendu*⁴ ».
- Le succès de la dépression repose sur la déclinisation de la référence au conflit. Mais pas seulement au niveau psychique, car on voit aussi disparaître la notion de conflit comme susceptible de rendre compte du malaise social. Et peut-être est-ce là que se trouve la

racine du leurre : interpréter tout malaise comme l'expression d'une souffrance du sujet et non plus comme un signe des conflits sociaux.

La notion de « souffrance » comme atout d'ouverture à l'écoute de la singularité dans la pratique analytique

Une patiente me dit lors du premier rendez-vous : « J'ai les règles désordonnées ». Elle décrit ensuite des irrégularités menstruelles et des douleurs associées, le tout enrobé par des symptômes d'anxiété et des questionnements permanents, notamment dans sa relation de couple, et des symptômes du spectre dépressif tels que : insomnies, perte d'intérêt pour son travail et d'autres occupations habituelles, perte d'appétit, pleurs, etc. Si on réduit trop vite ceci à une dépression, on n'entend pas qu'elle formule une souffrance par rapport aux règles, donc aux normes, lesquelles seraient désordonnées.

Il faut noter qu'exprimer ce qui lui arrive en ces termes est tout autre chose que dire : « J'ai des troubles menstruels » ou « Je suis déprimée » ou encore « je suis dans un trou noir ». Chaque formulation situe différemment un malaise qui pourrait être réduit, du point de vue psychopathologique, au même syndrome ou tableau. Mais, la modalité spécifique d'énoncer la souffrance est un atout pour entendre le comment singulier de l'être dépressif dans l'occurrence, ce qui renvoie à des problématiques et des questions très diversifiées dans chaque cure. Dans le cas évoqué plus haut, il a été question d'une difficulté importante pour s'inscrire au niveau de la Loi, difficulté qui relevait d'une transmission ambiguë de l'interdit de l'inceste au sein de la famille d'origine de la patiente en question.

Plus radicalement, situer le ou les problèmes comme « souffrance », permet de laisser en suspens le savoir du clinicien, pour assumer le fait qu'il est vrai que le dit savoir n'arrive pas à rendre compte de ce que le sujet subit. Le savoir technique, psychologique ou psychopathologique,

n'est jamais qu'un recouvrement partiel de ce dont il est question, et non pas un reflet de l'état du sujet. Il y a toujours une disparité, une brèche entre le caractère symbolique du savoir du clinicien et le caractère réel de la souffrance du sujet. C'est ce qui faisait dire à Lacan que « *la réalité est là en souffrance, là qui attend* »⁵.

Conclusions

Selon le contexte, la notion de souffrance fonctionne de manière distincte. Dans la nouvelle figure de la dépression, en tant que « maladie à la mode », elle opère comme un voile qui empêche de voir les conflits sociaux qui pèsent sur les sujets et sur les groupes sociaux eux-mêmes. Elle fonctionne donc comme stratégie de psychologisation des conflits sociaux et légitime une dérive abusive du malaise vers les professionnels de la santé mentale. Dans le dispositif analytique, la notion de souffrance fonctionne comme un moyen pour ne pas réifier ou « naturaliser » le savoir psychopathologique, permettant ainsi au clinicien de rester attentif aux modalités singulières d'« être malade ». De manière analogue, j'aurais pu développer que, dans la pratique clinique confrontée à la diversité culturelle⁶, la notion de souffrance permet de saisir les spécificités de l'« être malade » que l'on peut retrouver dans d'autres cultures.

Autant d'usages qui mettent en évidence l'ambiguïté fondamentale de la notion de souffrance, mais aussi son intérêt pour animer des pratiques cliniques possibles dans un contexte où le savoir traverse des difficultés et n'est plus le seul atout pour fonder le champ thérapeutique. ●

¹ Un troisième axe de réflexion, que je ne peux développer ici, se réfère à la pratique de l'ethnopsychiatrie où la notion de « souffrance » permet de laisser en suspens la nature et la logique du mal-être, sans le réduire trop vite aux nosographies connues du praticien, et entendre des logiques culturelles spécifiques qui construisent la maladie autrement.

² Ehrenberg, Alain : *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 1998, p. 14.

³ Lipovetsky, Gilles : *L'ère du vide. Essais sur l'individualisme contemporain*, Paris, Gallimard, 1983.

⁴ Ehrenberg, Alain : *op. cit.*, p. 17.

⁵ Lacan, Jacques : *Le séminaire. Livre XI. Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Seuil, 1973, p. 66.

⁶ Voir note 2



Le Point de vue sociologique et l'expérience de l'acteur

Lydwine VERHAEGEN

Docteur en Sociologie, UCL¹

En réfléchissant au thème de ce colloque sur la souffrance, nous nous sommes rendu compte que le travail sociologique que nous poursuivons depuis de nombreuses années fait partie d'une dynamique professionnelle qui interroge la communauté des sociologues. Il y a en effet au départ une volonté du politique de traiter les questions de manière à pouvoir intervenir sur ces dernières. Et dans le champ de la santé mentale, on se rend compte qu'il existe une demande du politique autre que l'enfermement ou la critique.

Les politiciens savent difficilement agir avec une critique radicale de l'institution psychiatrique telle que l'on fait les grands maîtres du champ de la folie. Historiquement, Michel Foucault a eu un effet positif sur les pratiques (ouvrir l'asile) mais un effet négatif sur la théorie (il n'aide pas à comprendre les comportements des acteurs), puisqu'il parle de structure (surveiller, punir, contrôler) et non du point de vue de l'acteur. Le chercheur reste très démuni lorsqu'il tente de comprendre pourquoi les individus cherchent à rentrer à l'hôpital et certains même à y rester. Une analyse stratégique, qui intègre le point de vue de l'acteur, offre déjà une réponse plus opérationnelle.

Trajectoires psychiatriques

C'est en ayant travaillé sur le terrain à résoudre des problèmes et non des questions que nous avons pu proposer une analyse des trajectoires ou carrières psychiatriques des patients c'est-à-dire à essayer de comprendre comment, pourquoi et en fonction de quoi les patients ont des stratégies différentes vis-à-vis d'un même univers, à savoir l'hôpital psychiatrique².

Ainsi, il est des patients pour qui l'hôpital est un domicile favori et qui développent des *stratégies d'intégration*. Il est des patients pour qui l'hôpital coûte trop cher, soit sur un plan symbolique, soit sur un plan réel et qui dès lors définissent des *stratégies d'aller-retour* et enfin, il en est pour qui l'hôpital est un lieu de soins et qui utilisent l'hôpital

pour sa fonction première, c'est-à-dire *le soin*. Nous avons résumé ces patients sous la question suivante : à quelles conditions peut-on se payer ses crises ?

Les stratégies des patients sont différentes en fonction, entre autres, de la variable constituée par le *coût de renonciation à l'activité sociale*. Cette analyse a le mérite de montrer, à la différence de l'analyse de Erving Goffman que *la logique institutionnelle du système psychiatrique renforce une détermination sociale ou familiale déjà présente*. L'institution psychiatrique se superpose au milieu familial, social et professionnel dont elle double les effets sur l'individu. Dans le cursus psychiatrique, la position sociale du patient dépend donc partiellement de sa position à l'entrée. *Même malade, l'acteur reste toujours sujet de son histoire*³.

On assiste donc à une *diversification des carrières psychiatriques possibles*. Cette analyse en terme de multiplications de trajectoires a le mérite de résister à l'épreuve concrète des faits et est plus que jamais d'actualité.

Aujourd'hui, alors qu'on dés-institutionnalise (on crée des coordinations, des plates-formes, des partenariats, des concertations et des réseaux), il est important de garder en tête le point de vue de l'acteur.

Souffrance psychosociale ou maladie mentale ?

Aujourd'hui encore, les questions que nous nous posons sur la souffrance psychique sont traversées par cette interrogation concrète où notre position spécifique de sociologue est de résoudre des problèmes plutôt que des questions à partir d'un *travail de terrain*, avec les professionnels de la santé mentale.

C'est pourquoi, nous nous interrogeons aujourd'hui réellement sur un *paradoxe* apparent qui traverse la problématique de la souffrance psychique, nous semble-t-il.

On assiste en effet, aujourd'hui, à une *transformation qualitative et quantitative de la demande*, c'est-à-dire une augmentation de ce que l'on nomme aujourd'hui la souffrance psychique en relation avec l'accroissement de la précarité et de l'exclusion d'une frange de plus en plus importante de la population et l'augmentation de la responsabilité, de l'insécurité personnelle, la montée des exigences d'autonomie et de l'individualisme contemporain comme l'ont signalé Alain Ehrenberg⁴, dans ses travaux sur la dépression, et Robert Castel⁵, à travers sa notion d'individu par défaut dans son travail sur la métamorphose du salariat.

Mais il ne faudrait pas psychiatiser la santé mentale pour autant

D'une part, les notions de souffrance psychique et de santé mentale semblent être devenues parmi les principaux points de repère de l'individualisme contemporain et de la condition humaine. Nous sommes d'accord avec Alain Ehrenberg quand il dit que ces deux notions symbolisent les transformations qu'a connu la psychiatrie en une trentaine d'années. D'autre part, les données empiriques sont autant d'indicateurs qui témoignent de l'importance des troubles psychiques tels que par exemple, ils ont été observés dans le cadre de l'enquête de santé, enquête sur des besoins en population générale non institutionnalisée et l'augmentation de demandes d'expertise pour une mise en observation au sein d'un milieu urbain comme la Région Bruxelloise⁶.

Ce paradoxe apparent entre l'individuel et le collectif existe dans d'autres domaines. Dans le domaine de l'éducation par exemple, on constate que si le niveau d'éducation augmente globalement, il n'y a jamais eu autant d'inégalités au niveau de la réussite scolaire. De même, ce n'est pas parce qu'aujourd'hui, il y a des femmes ministres que la condition de la femme s'améliore au quotidien...

En conclusions

Différents indicateurs psychosociaux (dont l'augmentation de demande de mise en observation⁷) témoignent de l'augmentation de la demande où il convient de distinguer ce qui relève de la maladie mentale et ce qui relève de la souffrance psychique en lien avec ce que nous savons (cfr les travaux d'Alain Ehrenberg ET les indicateurs socio-épidémiologiques) à travers les indicateurs de mal-être qui montrent que moins que jamais, la psychiatrie en a fini avec l'assistance qui prend de nouvelles formes aujourd'hui indépendamment de la prise en charge de la maladie stricto sensu⁸. Les analyses historiques de la psychiatrie ont toujours démontré le rapport de proximité psychiatrie – société qui semble prendre aujourd'hui de nouvelles formes.

Et pour terminer sur une recommandation pratique, au niveau de la souffrance psychosociale, les réseaux santé sont des réponses pragmatiques organisées à cette forme de crise urbaine. Ils coordonnent différents niveaux d'instances. Ils correspondent à des regroupements de professionnels qui interviennent dans la santé mentale à des titres divers et participent à la construction de réponses aux questions rencontrées par les professionnels sur le terrain. Enfin, ils fédèrent les moyens et les connaissances disponibles en partant d'analyses locales qui intègrent tant que faire se peut le point de vue de l'acteur. ●

¹ Chercheur-observatrice du champ de la santé mentale depuis une trentaine d'années dans différents cadres, (universitaires, associatifs ou politiques), Lydwine Verhaegen est aujourd'hui conseillère à la FIMS (Fédération des Institutions Médico-Sociales). Elle participe également à différents travaux d'évaluation en santé mentale (entre autres à La Lice, Unité Petite Enfance), Lydwine.verhaegen@gmail.com

² Verhaegen L., « Les psychiatries, médecine de pointe ou d'assistance ? » Louvain-la-Neuve, 1985, Ed. Cabay, 300 p.

³ Lydwine Verhaegen, « Quelques éléments pour une analyse des nouvelles carrières psychiatriques ». Dans : Sociologie et Société, XVII, n° 1 avril 1985, pp. 51-60.

⁴ Ehrenberg A., « Les Changements de la relation normal pathologique. A propos de la souffrance psychique et de la santé mentale ». Dans : Esprit, n° 5, Mai 2004, pp. 133-156.

⁵ Castel R., « L'insécurité sociale ». Paris, Edition du Seuil, 2003, 95 p.

⁶ Pour plus d'informations sur cette question, voir le Cahier de la Santé de la Commission Communautaire Française n° 23, 2007 : « L'Augmentation des demandes d'expertise pour une mise en observation : symptôme de malaise urbain ? ». Journée de réflexion organisée par le Réseau Bruxelles Est, Bruxelles, le 22 novembre 2005, 66 p.

⁷ Cfr enquêtes de santé et autres : référence note 6 et l'enquête de santé par interview, Belgique 2004, Institut scientifique de la Santé Publique - Section Epidémiologie.

⁸ Pour une démonstration plus explicite de ces liens, voir Lydwine Verhaegen « Données et perspectives de la santé mentale à Bruxelles ». Dans : L'Observatoire, n° 49/2006, pp. 3-14.

Santé psychique et souffrance : Approches analytique et systémique

Réflexions et confrontation des modèles d'intervention dans le champ de la santé mentale avec ceux du décryptage de la souffrance humaine dans le champ sociologique. Deux psychothérapeutes, l'une analytique, l'autre systémique évoquent la question de la « souffrance sociale » dans leur activité psychothérapeutique, sans faire référence ici aux nombreuses expériences d'approches communautaires et de soutien social qui existent par ailleurs.

Catherine BARREAU,

Psychologue et thérapeute familiale¹, Namur

Catherine KEYEUX,

Psychiatre et psychothérapeute analytique, Ottignies

Du côté analytique²

L'homme est tourmenté par la question du sens. Cette angoisse fondamentale forme un panorama de questions universelles. Les réponses diffèrent en fonction du champ de connaissance (religion, philosophie, sociologie, ...) et sont liées à la contingence de la culture qui finit par leur donner un statut de vérité.

Au niveau analytique, l'angoisse fondamentale se lie au fait que l'être humain est habité par une angoisse de mort. Pour l'aborder, le champ analytique met l'accent sur :

- 1) La construction de l'identité sexuée (nous ne venons pas de nulle part, nous naissons soit fille soit garçon et nous naissons tous d'une mère et d'un père) ;
- 2) Des facteurs « d'auto-guérison » (qui restent encore, à ce jour, des énigmes, comme la capacité de prendre un événement et de le transformer en une histoire interne : autrement dit, c'est en se racontant une fiction qu'une personne « gère » son angoisse !) ;
- 3) Le fait que ces processus sont subjectifs et pourtant finissent par donner à l'homme un statut objectif ;
- 4) Et enfin, le cadre analytique qui repose essentiellement sur la personne du thérapeute.

Avec ces « outils », nous allons traverser la vie en franchissant des étapes de maturité. Nous

grandissons psychologiquement en quittant une étape pour aller vers une autre. A chaque étape, l'angoisse fondamentale re-pointe le bout de son nez et chaque étape est moteur de socialisation.

Parmi celles-ci, il y en a de plus importantes que d'autres. Ce sont celles qui rappellent notre finitude, et dans le processus d'acceptation qui en résulte, nous permettent de nous individualiser.

Individualisés dans nos limites, comment faire face aux manques ? Le champ analytique répond en disant que nous sommes des individus qui avons besoin de l'autre. Ce besoin s'exprime en différents modes de sollicitation : à travers une forme d'ambivalence, à travers une relation conflictuelle, ...

Tous ces modes sont des fondements de socialisation. Pourquoi des personnes perdent-elles cette faculté de trouver dans l'autre un objet substitutif et ce, alors qu'elles peuvent être entourées, avoir une famille ? On suppose que si une personne épuise ces modes de sollicitation, la douleur, les manques sont tels qu'elle peut se laisser mourir.

Freud, en 1938, écrivait « *le barbare, il faut bien l'avouer, n'a pas de peine à bien se porter, tandis que pour les civilisés c'est là une lourde tâche* »³. C'est cette lourde tâche qu'essaye de soutenir, par des enjeux théoriques et cliniques, la pratique en santé mentale. Il semblait intéressant de le rappeler, par rapport à une des



Michel Bélatre

questions débattues durant le colloque : quel est l'enjeu de nommer ainsi le négatif des conditions d'existence humaines mutilantes, y compris dans ce qu'elles ont de socialement construit ?

Du côté systémique

L'expression *souffrance sociale*, comme celle de *souffrance familiale*, peut être entendue soit comme une métaphore de l'affectation d'un système dans son fonctionnement, soit comme signant l'origine d'une souffrance individuelle. Je voudrais distinguer quatre types de *souffrances sociales*, cette proposition n'étant pas exhaustive :

1) Notre adaptation à nos systèmes familiaux, professionnels, sociaux, ne sera jamais parfaite : nous sommes *plus, moins et autres* que ce que nous sommes comme éléments de ces systèmes. Cette différence, cette incomplétude est la source de notre adaptabilité, le gage de notre capacité à appartenir à plusieurs systèmes. Elle participe aussi à cette souffrance existentielle face à notre finitude, génératrice d'angoisse mais aussi de créativité. La promesse publicitaire de supprimer grâce à des produits de consommation cette *souffrance*

existentielle (jusqu'après nos obsèques pour nos proches) anesthésie les questions de sens.

2) La *crise* d'un système provoque toujours de l'angoisse, une insécurité pour ses membres, ce que Bateson appelle un « dés-apprentissage ». Cette souffrance, plus ou moins importante, est inévitable. Toute évolution du vivant passe par ces crises. On peut s'interroger sur la fonction de la consultation « psy » comme rite de passage dans certaines familles vivant ces transitions vers un nouvel équilibre.

3) Le *fonctionnement rigidifié ou chaotique* d'un système, qu'il soit familial, professionnel ou social, peut entraîner de la souffrance. Le champ principal de la thérapie familiale s'ouvre ici dans l'intervention auprès d'un système dont un ou plusieurs membres présente un symptôme.

4) Certaines familles ou sociétés font vivre *dans l'insécurité ou la violence* par abus de pouvoir, injustices, oppression. Ces contextes entraînent une souffrance qui nous concerne tous comme citoyens.

L'origine sociale de la souffrance qui motive la demande de nos consultants nous place parfois dans un dilemme éthique. Comment aider sans stigmatiser, comment soutenir sans valider la psychologisation, de plus en plus fréquente de problématiques sociales ? Les nombreux envois en centre de guidance de personnes « activées » comme chercheurs d'emploi nous plongent dans ces questions.

Nos formations et outils théoriques, précieux pour nous permettre de rencontrer et aider des personnes en grande souffrance, peuvent devenir des vecteurs de pensée unique au service de logiques sécuritaires ou stigmatisantes.

Débarrassées de leurs oripeaux jargonnants, les considérations développées ci-dessus peuvent paraître évidentes. Elles nous ramènent pourtant au cœur de notre projet professionnel : travailler, avec la singularité et la subjectivité des personnes, en acceptant l'expression de leur souffrance et en s'appuyant sur leurs ressources. ●

¹ Centre psychothérapeutique provincial, SSM à Namur.

² En référence aux réflexions du Dr J. Van Habost, psychiatre, psychanalyste, membre de la SBP (Société belge de Psychanalyse), remercié pour la circonstance.

³ Sigmund Freud, « Abrégé de psychanalyse », 1938



L'infirmier pluriel en pluridisciplinarité

Infirmier, la profession sans doute la plus représentée dans le champ de la santé mentale ! Il faut dire qu'il y est un acteur incontournable, à l'hôpital mais aussi dans les structures intermédiaires et parfois en ambulatoire. Pour parler d'eux et de leur métier, ils étaient plus de 200 à se retrouver ce 5 juin à Mont Godinne¹, à l'invitation de l'asbl RIPSY.

Portrait en quelques images... d'un parcours acrobatique !

Thierry DEGEMBE
Président de RIPSY

L'infirmier, un funambule ?

Accompagner le patient dans différents moments de vie : crise, stabilisation, décompensation, réhabilitation ; assurer une présence au quotidien, seul ou en équipe, 24 heures par jour, 365 jours par an ; rester ouvert au biologique, au psychique, au social ; travailler en équipe ; prendre part aux indispensables collaborations avec les acteurs de la santé mentale ; garder le contact avec la famille, ... autant de tâches qui vont de soi, entre soutien et contrôle, entre approche individuelle et règles d'unité... qui doivent aller de soi !

Un travail à risque en somme, qui nécessite de prendre du recul et de mettre une certaine distance pour pouvoir parfois regarder les choses autrement. La réflexion d'équipe, voire un travail de supervision, s'impose pour y contribuer et permettre à chacun de se sentir bien, de se sentir mieux, dans la tâche qui l'attend.

L'infirmier pluriel dans une organisation de soins, un trapéziste ?

Présent dans l'unité pour l'ensemble des patients et disponible pour un accompagnement individuel ou pour le suivi d'une activité de groupe, l'infirmier occupe une fonction plurielle. Ses rôles se multiplient, ses compétences s'affinent et se diversifient, pour rencontrer des patients aux profils différents dans un environnement et un contexte qui évoluent.

C'est ici que des outils, élaborés par les infirmiers eux-mêmes, à partir de leur travail et de leur expérience permettent de poser des balises sur lesquelles s'appuyer. La référence infirmière, évoquée lors de la journée est de ceux qui peuvent aider à clarifier « l'arbitraire et le désordonné » qui traversent leurs tâches au quotidien.

L'infirmier en psychiatrie et dans la société, monsieur loyal ?

Difficile, voire impossible, d'accompagner seul le patient dans son projet de vie. Une ouverture est indispensable mais celle-ci vise aussi la philosophie, la sociologie ou la théologie car la psychiatrie est liée à l'évolution de la société et sert aussi de refuge à ceux qui y sont en marge.

Spécificité des contextes de vie, contradictions entre objectifs, exigences de résultats, moyens insuffisants, manque de clarté dans les choix de société interfèrent sans conteste dans les soins à apporter aux patients psychiatriques. Un nécessaire questionnement s'impose tant sur le malaise des patients et la lecture que l'on peut en faire que sur le sens des règles et normes établies par la société pour adopter un positionnement d'acteur qui va bien au-delà du diplôme.

L'infirmier chef, un jongleur ?

Coacher une équipe dont le premier outil est la personne elle-même, avec sa formation et sa sensibilité, est chose peu aisée. Il s'agit de pouvoir jongler

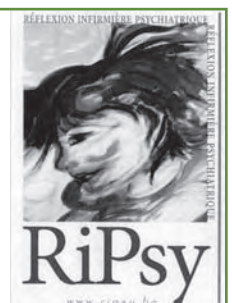
Vite terminer ma note dans le dossier infirmier, puis appeler les parents de N. pour fixer un entretien familial avant d'aller voir comment les patients s'en sortent avec la vaisselle... Oui oui c'est bien l'évier de la chambre 403 qui est bouché ! Qui demandez-vous, Ah non, il est en entretien, je peux vous aider ?

avec une multitude de tâches : penser « projet thérapeutique », rencontrer et soutenir l'autre dans ce qu'il est et dans ce qu'il fait, être infirmier avant d'être chef avec tout ce que cela implique au chevet des patients, coordonner l'ensemble en tenant compte de chacun, veiller à une bonne communication à tous niveaux, parfois aller à contre courant de ce que vit et pense l'équipe, amener de nouvelles idées, promouvoir certains choix institutionnels, ... avec, aussi, de grands moments de solitude.

En conclusion

En tant qu'acteur du vaste champ de la santé mentale, l'infirmier participe à un travail énorme, un travail politique au sens noble du terme et il prend ses responsabilités. C'est un travail à risque ! Comment l'élaborer concrètement ? Quels choix opérer entre outil standardisé et bricolage quotidien, entre patient et institution, entre équipe et société, entre désir et réalité ? Comment construire ensemble la pluridisciplinarité? ●

Ripsy, asbl
(Réflexion Infirmière
PSYchiatrique)
www.ripsy.be
Un lieu d'échanges
et de réflexions
sur le travail infirmier
en psychiatrie.



¹ Avec la participation de Aboude Adhami, Jan Van Ertvelde, Claude Javaux, Georges Dethier et Christiane Bontemps. Les actes de la journée sont disponibles sur le site www.ripsy.be



Quitter sa tour d'ivoire

Initiatives en service de santé mentale

Depuis une trentaine d'années, le service de santé mentale (SSM) de Seraing accueille et aide des enfants, des adolescents et des familles en difficulté. D'une position de « tour d'ivoire », souvent évoquée par les partenaires du territoire, le SSM a évolué, comme beaucoup d'autres, vers une nécessaire ouverture au réseau d'intervenants de sa zone d'action. Tout en veillant à préserver la spécificité thérapeutique du cadre d'intervention et ses implications, notamment sur le partage - ou non - d'informations, l'intérêt de mieux connaître les partenaires et le contexte de vie des habitants qui consultent est rapidement devenu une évidence. La mise en œuvre de cette ouverture a mené le SSM à développer deux nouvelles initiatives de travail en partenariat visant une participation active des habitants.

Francine LANGE

SSM de Seraing-Ougrée-Jemeppe
Administratrice IWSM

Un lieu d'accueil parents-enfants

Une première initiative porte sur la création d'un lieu d'accueil parents-enfants dans le quartier d'Ougrée bas.

Du constat...

Au SSM de Seraing, comme dans tant d'autres, les enfants sont généralement adressés en consultation à l'âge de la scolarité primaire, voire - au mieux - de la scolarité maternelle. Leur anamnèse révèle, souvent, des difficultés qui s'enracinent dans la petite enfance et qui n'ont pas, à l'époque, fait l'objet d'une attention spécifique.

Nous constatons par ailleurs une réelle difficulté à sensibiliser les parents - et parfois même les professionnels - aux enjeux des problématiques relationnelles précoces et de développement au moment de la petite enfance.

Cette difficulté se présente tout particulièrement pour une tranche de la population extrêmement précarisée. Il faut dire que les préoccupations liées à sa survie (se loger, manger, se chauffer...) constituent une priorité incontournable par rapport à d'éventuelles difficultés relevant de la santé mentale. De plus, dans cette population, les

parents ont souvent peur d'une intervention possible en termes de séparation et de placement des enfants... Actuellement, leur démarche de consultation est, le cas échéant, souvent liée à un encadrement de la justice, ce qui entraîne des difficultés concernant le cadre thérapeutique possible.

Cette inégalité face à l'accès aux soins nous préoccupe depuis des années.

... au projet Mamepa

En 2004, nous avons rencontré, au sein du réseau, des représentants de quelques institutions dont les préoccupations rencontraient les nôtres. Les échanges autour de ces préoccupations et les réflexions concernant les tout jeunes enfants se sont rapidement nourris de la demande explicite de familles fréquentant le mouvement ATD Quart Monde. Ces dernières exprimaient particulièrement leur difficulté à rencontrer des professionnels de la petite enfance qui ne les jugeraient pas et leur permettraient d'offrir à leurs enfants une ouverture plus sécurisée sur le monde.

Cette mise en commun a abouti à un vrai projet partenarial (ATD ¼ Monde, ONE, SSM) dont l'élaboration a duré 3 ans pour démarrer concrètement

le 1er janvier 2007. Il s'agit de l'ouverture d'un espace d'accueil dans des locaux sous-loués à l'ONE, où 5 accueillantes (1 volontaire permanente d'ATD 1/4 monde, 2 psychologues et 1 assistante sociale du SSM, 1 travailleuse médico-sociale de l'ONE) se relaient sur une plage horaire hebdomadaire de 4 demi-journées.

C'est un lieu de rencontre dans l'anonymat, à l'instar des maisons vertes de Françoise Dolto, soutenant les ressources de l'enfant (0-4ans) et de ses parents. Il est ouvert à tous mais essentiellement fréquenté par des familles touchées par la grande pauvreté dont certaines ont participé à la réalisation de l'équipement des locaux. La volonté des partenaires est d'utiliser la psychomotricité comme outil de développement. Un travail de communication vers le réseau doit être intensifié, visant notamment à éviter l'effet « ghetto » et à encourager un plus grand métissage dans le recours à ce service établi au sein d'un quartier en difficulté.

La participation du SSM

L'intérêt premier de ce projet pour le SSM est évidemment de désamorcer des pathologies émergentes par une approche sécurisante de familles précarisées. Le cadre prend toute son importance dans cette dynamique d'approche thérapeutique : il permet de rencontrer les personnes sur un terrain neutre, proche de leur quotidien dans un accompagnement intégrant des intervenants « non » thérapeutes. L'apport du professionnel du SSM se situe tant dans le regard bienveillant qu'il porte sur la qualité des premiers liens parents-enfants, dans la mise en évidence d'éventuelles carences et dans la concrétisation de premiers échanges avec les parents concernant leurs difficultés, mais l'objectif vise aussi à faciliter, lorsqu'elle est nécessaire, une consultation au sein du SSM en diminuant les risques d'échec habituellement rencontrés avec ces familles.

Le SSM est également chargé d'organiser les interventions hebdomadaires et la supervision mensuelle permettant à l'équipe de base d'harmoniser les différentes approches liées aux spécificités professionnelles de chacun et de réajuster constamment ses interventions. Nous sommes convaincus de l'intérêt, pour les habitants et les intervenants d'un même territoire, de bien communiquer sur les champs d'action de chacun et d'optimiser leurs articulations possibles.

Nous avons d'ailleurs mis sur pied et animons depuis deux ans des « ateliers d'analyse partagée » mensuels permettant aux professionnels du territoire, quelque soit la spécificité de leur action, de croiser leurs lectures cliniques de situations qui les préoccupent, dans le respect de l'anonymat.

Mamepa permet aussi à chacun d'avoir un regard sur d'autres pratiques, dans un contexte d'action et de réflexion communes ancrées dans un fonctionnement partenarial concret, formalisé sur le terrain.

Un premier bilan

L'évaluation des premiers mois de fonctionnement nous laisse penser, au travers des premières observations concernant le degré de la fréquentation et son impact auprès des enfants et des familles, que ce projet, outre sa pertinence, montre tout l'intérêt de son ancrage partenarial et de sa proximité avec les usagers.

Un groupe de réflexion « philo »

En juin 2006, le SSM de Seraing a invité deux partenaires de 1ère ligne (Entreprise d'économie sociale et AMO) à construire une réflexion autour de la capacité de chacun – au sein d'un territoire en grande difficulté – à réfléchir aux valeurs et aux repères qui peuvent l'amener à se construire un avenir de qualité.

Des réflexions d'intervenants ...

Bon nombre de projets sont initiés sur notre territoire : ils concernent, la plupart du temps, les difficultés socio-économiques, professionnelles ou scolaires des familles et des enfants. Force est de constater que les pistes de solutions dégagées

par ces projets sont parfois peu porteuses de mieux-être et, sans être pessimistes, nous nous posons des questions sur la pertinence de penser le futur de ces habitants uniquement en termes de mise à l'emploi ou d'accompagnement dans la mise à l'emploi... : quel emploi, avec quel sentiment de pérennité et aussi quel épanouissement personnel - voire familial - dans une tâche d'ailleurs parfois en inadéquation avec les aspirations de la personne ?

Quelle place pour la réflexion, la pensée fondatrice, dans une société au devenir forcément différent, sur un territoire industriel actuellement en déclin ? Comment chacun peut-il y retrouver une place et y construire encore un avenir de qualité ? Quels nouveaux repères construire ? A quelles valeurs pouvoir encore se référer ?

... à l'analyse

D'emblée il a été décidé de constituer un groupe de quelques personnes sur base de leur action et de leur expérience auprès des habitants de Seraing. Le SSM a interpellé la Ligue Wallonne pour la Santé Mentale afin qu'elle soutienne l'accompagnement de la démarche. Sa participation a permis au groupe de travailler avec le Docteur Jean-Pierre Lebrun, psychanalyste.

Une première phase d'analyse propose une lecture transversale des valeurs qui ont balisé les trajets de vie de personnes qui consultent nos institutions. Elle intègre aussi le repérage des difficultés des intervenants à aider ces personnes dont les valeurs sont parfois aux antipodes des leurs.

Les questions soulevées ont convaincu les membres du groupe de l'intérêt de réfléchir ensemble à la position des intervenants psychosociaux face aux nouveaux enjeux de société. La diversité des formations des participants est rapidement apparue comme une richesse.

... en phase avec la population

Cette analyse est toujours en cours. Mais le groupe souhaite l'enrichir en l'enracinant dans la réalité des habitants, en identifiant les stratégies qu'ils mettent en place pour vivre – ou survivre-

au sein de notre société. Pour ce faire, il a programmé pour l'automne la mise sur pied de deux groupes de réflexion qui s'adresseront respectivement à des adolescents et à des adultes où les intervenants rencontreront les habitants et organiseront avec eux des échanges sur des thèmes bien définis.

Les intervenants espèrent ainsi amener les habitants à réfléchir avec eux sur le passé de leurs parents et grands-parents, les options de vie qu'ils avaient prises, les choix qu'eux-mêmes sont amenés à poser personnellement et pour leurs enfants, la façon dont ils comprennent leur présent et envisagent leur avenir ainsi que celui de la société... et surtout à élaborer et à envisager avec eux un « meilleur possible ».

Un passage obligé pour le SSM !

L'équipe du SSM permet à chaque habitant qui le désire de pousser sa porte afin de rencontrer un professionnel qui puisse l'écouter et construire avec lui les réponses qui devraient pouvoir l'aider à mieux avancer sur son chemin.

Notre action thérapeutique a tout à gagner à s'enrichir d'une bonne connaissance du contexte dans lequel ce chemin de vie évolue, et nous sommes convaincus, en tant que travailleurs en santé mentale, de la nécessité d'intégrer notre approche et la spécificité de notre formation à une réflexion commune visant à l'identification des pistes pouvant mener à un mieux-être des habitants... et des intervenants. ●

Infos :

SSM de Seraing – Ougrée – Jemeppe
c/o SSM de Seraing (siège principal)
Rue Hya, 71 à 4100 Seraing
04/337.20.64 - ssmseraing@skynet.be



Eole – LIENS

La clinique du travail de réseau

Eole-LIENS¹ est une ligne téléphonique en santé mentale. Elle s'adresse aux professionnels de première ligne confrontés dans leur pratique quotidienne à des situations de santé mentale, pour lesquelles ils éprouvent le besoin de s'appuyer sur un tiers, rapidement voire immédiatement.

**Isabelle BERGERET, Béatrice DISPAUX,
Anouk FLAUSCH, Danielle MONTAG, Fransisca VERLINDEN**
Eole-LIENS

Qui sommes-nous ?

Nous sommes quatre cliniciennes en santé mentale et une généraliste. Nous sommes formées à l'écoute et à l'analyse de la demande et avons une longue pratique dans le secteur. Notre parcours nous a permis de développer une connaissance approfondie du réseau de soins en santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale.

Que faisons-nous ?

Nous travaillons **en temps réel**, par téléphone, des situations cliniques apportées par des professionnels de première ligne, peu ou pas familiarisés avec les difficultés psychiques de leur patientèle.

Pour qui ?

Notre public cible est celui des médecins généralistes ou spécialistes et des professionnels de maisons médicales, de gardes hospitalières, de centres psycho-médico-sociaux, de services sociaux ou psychosociaux.

Pour quoi ?

Nous pouvons être appelées comme « tiers ressource » pour plusieurs raisons : soit pour étoffer la compréhension du problème qui nous est exposé, soit pour orienter la patientèle vers un lieu de soins plus adéquat. Et enfin, pour susciter

un vrai travail de réseau permettant d'augmenter les chances pour ces patients d'être pris en charge de façon globale, en mobilisant les ressources les plus appropriées et ce, en améliorant leur accessibilité.

Comment ?

Si chaque situation est différente, voici deux vignettes cliniques qui illustrent notre travail :

“L'appelante est éducatrice dans un centre d'hébergement pour jeunes. Depuis 15 jours, le centre héberge une jeune fille de 17 ans et demi placée chez eux par le juge. La jeune fille ne se respecte plus, elle est suicidaire et s'automutile. Toute l'institution est bouleversée. Les règles mises en place ne calment pas la jeune fille, qui met tout le temps le personnel à l'épreuve.

Placée depuis sa plus tendre enfance par sa mère, elle a vécu pendant des années avec son frère dans une famille d'accueil. Récemment, elle a porté plainte contre son père adoptif pour abus sexuel. Le juge a alors décidé de la placer dans un home alors que son frère reste lui dans la famille d'accueil. Son espoir était plutôt d'aller vivre avec sa mère biologique, qui est toujours restée en contact avec ses enfants. L'appelante nous dit que la jeune fille idéalise sa mère et avait beaucoup espéré que celle-ci l'héberge. Mais la mère refuse. La jeune fille en veut à sa mère et au monde entier. Elle refuse ce placement.

L'institution n'arrive à canaliser ni sa détresse ni sa rage. On est à la veille d'un week-end et l'appelante le passera seule dans l'institution avec 12 autres pensionnaires. Ce n'est pas gérable. Elle se demande si une mise en observation est possible et comment procéder.

Nous lui proposons alors de réfléchir ensemble à ce qui pourrait être mis en place pour ce week-end. Nous prenons du temps pour cela. Nous proposons qu'elle ait un contact téléphonique avec une pédopsychiatre qui travaille en consultation mais s'occupe aussi d'une unité d'hospitalisation pour adolescents. L'écouterne téléphone à la pédopsychiatre et organise ce contact téléphonique.

L'appelante nous rappelle après l'échange téléphonique avec la pédopsychiatre, échange qui a porté sur l'impact traumatique que pourrait avoir une mise en observation sur cette jeune fille dans sa situation actuelle. De plus, en hospitalisation pour le moment il n'y a pas de place. La pédopsychiatre propose un passage à la garde, si nécessaire, pour donner une médication. Cette possibilité soulage l'appelante.

Après le week-end, nous retéléphonons à l'appelante. La jeune fille, qui a continué à se mutiler le vendredi de l'appel, a été conduite à une garde, y a passé une nuit, et a accepté une médication. Elle a été plus calme le week-end. Depuis, sont à l'avant-plan des craintes massives d'abandon ; elle pensait même qu'on ne viendrait pas la rechercher à l'hôpital.

La jeune fille accepte maintenant l'idée d'une prise en charge et l'écouterne propose qu'on l'oriente vers la pédopsychiatre avec qui l'appelante avait eu un contact. Ainsi, si dans le décours de cette situation, un séjour hospitalier s'avérait nécessaire, il pourrait alors être préparé et non plus imposé.

Nous rappelons l'institution 10 jours plus tard pour connaître l'évolution de la situation. La jeune fille est toujours hébergée et ne s'est plus mutilée. L'appelante me dit qu'elle a moins peur maintenant de lui mettre des limites claires, et celle-ci les respecte par ailleurs beaucoup mieux. Un début d'intégration dans le home est en cours. Elle accepte toujours sa médication et un projet de prise en charge psychologique ambulatoire se met aussi en place. ”

Alors que la demande manifeste était la mise en place d'une mesure de mise en observation, le travail d'écoute, la temporalité installée pour reprendre la situation avec le professionnel appelant, l'apaisement de l'appelant qui peut confier sa situation pour un temps à un tiers, permettent que la situation soit traitée, tant pour le professionnel que pour la patiente, de façon plus humaine, avec des acteurs de terrain disponibles et pas sous la pression des actes qui empêche, elle, de penser.

“L'appelante est assistante sociale dans un service psychosocial. Elle fait appel à Eole-LIENS car elle a vécu la veille une situation difficile avec une cliente. Elle exprime que cela l'a beaucoup bouleversée. Sa demande porte d'abord sur la question de savoir si certains médicaments pourraient expliquer un accès de colère assez violent chez cette personne. L'écouterne lui propose de prendre le temps d'explorer la situation, afin de pouvoir mieux saisir l'enjeu de la question posée, question qui semble mettre seulement l'accent sur un aspect du problème.

L'appelante est la personne de référence d'une dame d'une cinquantaine d'années. Cette dame lui semble déprimée, mais elle n'a pas d'information à ce propos. Elle pense par ailleurs qu'elle prend des médicaments dans ce contexte, mais là non plus, de par sa fonction, elle n'en sait pas plus. Elle a toujours eu un assez bon contact avec cette cliente.

La veille, suite à une discussion bénigne avec l'appelante, cette dame s'est emportée très violemment, avant de partir en claquant la porte. L'appelante en est restée très choquée. Elle se

demande si l'une ou l'autre de ses interventions peut avoir provoqué l'éclosion de cette violence. Nous reprenons alors la question initiale de la médication : l'écouterne souligne qu'en l'absence d'éléments concrets concernant cette médication, il lui est difficile de pouvoir apporter une réponse à ce sujet. L'écouterne propose alors d'approfondir ce qui s'est passé, afin de trouver peut-être certaines pistes pour comprendre et réaborder la situation.

L'appelante explique alors que depuis quelques temps, elle suit également, à la demande de la cliente, le fils de cette dernière. La veille de l'incident avec la cliente, l'appelante avait rendez-vous avec le fils de celle-ci. Il lui a appris qu'il avait été renvoyé de la maison d'accueil où il vivait jusqu'à présent. Il lui a, par ailleurs, fait des avances, ce qui a été difficile à gérer pour elle. Lorsque le lendemain, elle rencontre la maman, sa position est très délicate eu égard au fait qu'elle a en tête ce qu'elle a appris et ce qui s'est passé la veille avec le fils. C'est d'ailleurs à propos du renvoi du fils de la maison d'accueil que la cliente s'emporte.

Dans la conversation, nous élaborons l'hypothèse que ce qui a pu mettre à mal la relation avec la cliente, c'est la position peut-être intenable d'accompagner à la fois la mère et le fils. L'appelante se demande par ailleurs si elle peut ou doit reprendre contact avec cette dame, tout en soulignant que ce n'est pas dans les habitudes de son équipe. Nous convenons qu'elle pourrait reprendre ces deux questions en réunion d'équipe. En rappelant l'appelante deux semaines plus tard comme convenu, nous apprendrons qu'elle a pu reprendre ces questions en réunion d'équipe, et que cela a été fructueux. ”

Dans cette situation, le moment de crise n'est pas à l'avant-plan. C'est autour de la recherche d'une hypothèse de compréhension de la situation que va s'articuler l'échange. Par l'analyse de la demande et les questions posées, l'écouterne va permettre à l'appelante d'enrichir l'élaboration de la situation en s'appuyant sur le travail qu'elle a effectué, ses ressources et compétences internes.

Cette dernière a pu, par ailleurs, se servir de l'appui qu'elle a trouvé auprès de l'écouterne pour reprendre les choses au sein de son équipe.

En conclusion...

Le travail de réseau est un travail difficile.

Travailler avec d'autres demande plus d'énergie et de temps que de travailler seul. Le travail de réseau est un travail de traduction entre des pratiques, des modèles, des missions, avant que les collaborations puissent être profitables à tous. C'est ainsi que nous essayons, de façon « originale », de travailler avec les intervenants de première ligne à l'enrichissement de leurs représentations du système de soins en santé mentale ainsi qu'à celui de leur patientèle.

Nous permettons ainsi au professionnel qui appelle d'augmenter son confort au travail, de sortir d'une situation d'impasse et de favoriser sa compétence professionnelle, tout en tenant compte du travail déjà effectué. Ces éléments nous permettent de penser qu'ils donneront plutôt l'envie à l'appelant de poursuivre à manier la situation difficile à laquelle il est confronté, que de s'en débarrasser. ●

Eole-Réseau Liens
Service d'appui
et d'orientation téléphonique
pour les professionnels
confrontés à des problèmes
de santé mentale
en Région de Bruxelles-Capitale

02/223 75 52
24h sur 24

¹ Le projet Eole, actif depuis 2001, est subsidié par le Service public fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement. Réseau-LIENS, Ligne Intersectorielle EN Santé, est un réseau de santé financé par la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale. Les deux projets travaillent en articulation étroite.



Une réforme en perspective pour les Services de santé mentale

Améliorer la qualité et la quantité de l'offre en Services de Santé Mentale (SSM), telle est la perspective soutenue aujourd'hui en Région wallonne. Dix ans après le vote du décret qui régit le secteur, une réforme est en effet sur la table. Elle vise d'un côté à offrir à tous les Wallons une accessibilité à des SSM de qualité et de l'autre à donner à tous les SSM la possibilité de s'inscrire en profondeur dans le tissu médico-social de leur territoire, avec leur identité ambulatoire, incontournable dans un réseau de soins performant. Des perspectives attendues par le secteur, qui devraient être affinées à court terme.

Christiane BONTEMPS, IWSM

Le 1er juin, Madame Vienne, alors Ministre en charge de la Santé en Région wallonne, a dévoilé au secteur ses conclusions de l'examen des différents travaux¹ engrangés depuis le début de son mandat. Elle a présenté aux acteurs les orientations qu'elle compte impulser pour la politique de santé mentale dans la Région². Ces perspectives s'organisent autour de six axes :

1. L'accessibilité aux soins pour tous les Wallons :

Celle-ci devrait se traduire dans deux directions :

- ▶ créer de nouveaux services dans les zones territoriales peu couvertes (notamment à Mons, Thuin et Virton) ;
- ▶ renforcer les petites équipes de manière à proposer une offre suffisante partout en Wallonie

Budget estimé : 3.125.000 € correspondant à un volume de 70 travailleurs supplémentaires.

2. La prise en charge des enfants :

A améliorer sur deux axes :

- ▶ mieux identifier l'offre destinée aux enfants : actuellement, seuls 8 services ont sollicité l'obtention de l'agrément réservé de façon spécifique à la prise en charge des enfants (prévu par l'article 10 du

décret qui régit le secteur) alors qu'en moyenne plus de 50% des consultants en SSM sont âgés de moins de 18 ans. Clarifier cette situation et augmenter l'offre pour cette tranche d'âge font partie des projets politiques pour le secteur ;

- ▶ examiner les possibilités de mettre sur pied une équipe mobile pour répondre aux besoins spécifiques des jeunes populations sur l'ensemble du territoire wallon.

3. Les frais de fonctionnement :

Inchangés depuis le vote du décret en Région wallonne (1996), ils devraient voir leur montant réévalué, sur base d'une indexation automatique liée à l'évolution du coût de la vie.

4. Le personnel :

Ici, il s'agirait de :

- ▶ clarifier certaines fonctions. Il en va ainsi de la reconnaissance de la fonction sociale, de l'évolution de la fonction administrative et de la préservation de la fonction (pédo)psychiatrique ;
- ▶ créer de nouvelles fonctions :
 - fonctions administratives selon la taille du SSM, et ce pour rencontrer l'évolution sensible de la tâche ;
 - fonction de liaison pour veiller à l'organisation quotidienne du service, dans une liaison interne, et pour favoriser l'ancrage avec le réseau sur son territoire, dans une liaison externe.*Budget estimé : 2.000.000 €/an correspondant à l'engagement de 41 nouveaux travailleurs.*

5. La formation :

Elle devrait être rendue obligatoire pour l'ensemble des travailleurs et soutenir la professionnalisation du secteur. La supervision de l'équipe fera partie de cet arsenal visant à soutenir la mise en œuvre du projet thérapeutique.

6. La définition d'un projet thérapeutique :

A rentrer en même temps que la demande ou le

renouvellement d'agrément, le projet thérapeutique sera le reflet du travail de l'équipe et permettra à chacun d'être au clair avec le projet porté par le SSM. Il devra identifier le contexte (l'environnement notamment), les moyens mis en œuvre, les modalités de prise en charge, l'accueil du patient, l'inscription dans le réseau et l'évaluation du projet.

A côté de ces mesures qui portent spécifiquement sur le travail des SSM en Wallonie, la perspective comprend également la poursuite de l'analyse des données épidémiologiques, confiée à l'UCL, sur base d'une simplification de la grille d'encodage et d'une amélioration du manuel d'utilisation de l'outil.

Les orientations portent aussi sur le rôle de notre Institut Wallon pour la Santé Mentale, dont le financement régional sera consacré au bénéfice des services de santé mentale. Il s'agira de poursuivre 4 missions :

- ▶ mettre en place un observatoire des SSM ;
- ▶ intervenir en appui des SSM ;
- ▶ recueillir, analyser et diffuser toute information utile au secteur ;
- ▶ réaliser des recherches ponctuelles.

Une série d'orientations qui ont suscité l'intérêt du secteur, qu'il s'agirait maintenant de construire concrètement : les affiner, les élaborer et les budgéter. Un beau défi à relever avec le Ministre Paul Magnette qui assure dès à présent la tutelle sur les matières de santé mentale. ●

Les SSM en Wallonie :

- 57 SSM et 87 sièges
- 27 initiatives spécifiques
- +/- 30.000 consultants par an
- +/- 380.000 prestations
- 410 travailleurs (en équivalents temps plein)
- près de 24.000.000 € de budget annuel

¹ Réalisés par : la Direction générale de l'Action sociale et de la Santé du Ministère de la Région wallonne, le Conseil Régional des Services de Santé Mentale, l'Université Catholique de Louvain (en charge de l'analyse épidémiologique) et l'Institut Wallon pour la Santé Mentale.

² Au moment de la publier cette édition, nous apprenons que ces orientations ont été exposées par Madame Vienne au Gouvernement wallon en séance le 12 juillet et que celui-ci a chargé un groupe de travail inter-cabinets de les examiner.

La relation... thérapeutique ?

La participation de l'usager ouvre sur de nouvelles perspectives. Elle permet de questionner les pratiques notamment en termes de « qualité » de relation ou de vie, en termes de santé publique via la prévention et l'éducation pour la santé, mais aussi et surtout en termes d'effet thérapeutique. Pour les soignants comme pour les soignés, elle peut être une ouverture, une mise en perspective du vécu quotidien, une prise de conscience que les choses peuvent changer et que l'on peut participer à ce changement.

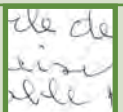
Derrière le sacro-saint principe de « la place des usagers comme partenaires des soins » - plus facile à soutenir qu'à appliquer -, la question qui nous a mobilisés dans la préparation de ce dossier pourrait se traduire comme suit : « Comment la relation soignant-soigné fait-elle partie intégrante du processus thérapeutique en santé mentale ? ». Ou plus simplement : « Qu'est-ce qui fait soin ? ». C'est une question que nous avons voulu poser tant du côté des professionnels que des usagers. Auprès des usagers, nous avons cherché à saisir ce qui fait que, à un moment donné, ils ont senti une accroche, un déclic, une piste pour sortir de la maladie, pour que la rencontre soit porteuse. Au niveau des professionnels, nous avons voulu comprendre ce qui est en jeu dans la relation thérapeutique, comment se débrouiller pour qu'elle soit bénéfique, comment trouver sens à sa pratique et comment ne pas réduire la personne à sa maladie.

Le questionnement est complexe, les réponses le sont aussi. Ce dossier présente un patchwork de réflexions, de témoignages de vie, d'initiatives de terrain, ... qui permettent de réfléchir ensemble à la relation soignant-soigné et aux questions qu'elle soulève. Comment cette relation peut-elle être co-construite ? Qu'est-ce qui peut motiver, impulser, relancer cette relation ? Qu'est-ce qui permet de lui donner sens, indépendamment du cadre thérapeutique stricto sensu, et au-delà du trouble mental ? En amont, quelles sont les conditions de l'implication des uns et des autres dans le processus ? Quelles en sont les difficultés et les limites ?

L'objectif poursuivi était d'aller à la rencontre d'usagers, de familles et de professionnels dans des lieux où ces questions ont déjà été pensées, où des initiatives ont été mises à l'épreuve. Comment induire une place qui ne soit pas « que » formelle ? Comment penser cette relation dans le cadre du traitement, mais aussi dans celui d'ateliers créatifs, dans la recherche d'informations sur sa maladie ou encore dans l'engagement dans des associations ou comités d'usagers. La reconnaissance de cette place de chacun dans la relation restaure l'estime de soi et induit une communication nouvelle, un dialogue fondé sur la complémentarité et la spécificité de chacun.

Les réflexions proposées dans ce dossier restent limitées... Même réduites à la question précise de la relation soignant/soigné, elles renvoient à une somme incommensurable de témoignages et d'idées qui débordent largement l'espace « dossier » de Confluences. Juste l'envie de stimuler plus encore une réflexion sur la place particulière de la relation entre le soignant et le soigné en santé mentale.

Pour le comité de rédaction :
Christine GOSSELIN, IWSM
et **Denis HENRARD**, FIH





Le ressort de la thérapeutique

Qu'est ce qui fait soin ? Fort d'une longue expérience, l'auteur n'a pas hésité à rebondir sur cette question. La réflexion qu'il nous livre ici s'inspire d'un contexte de travail avec des enfants¹ mais les considérations esquissées s'appliquent aussi à la pratique avec les adultes et donc aux soins en général.

Alfredo ZENONI
Psychanalyste

Le thème de ce dossier rejoint l'actualité du débat clinique, au-delà de l'actualité de nos soucis thérapeutiques les plus quotidiens. Il met, en effet, l'accent sur le caractère constitutivement social, relationnel des difficultés et des symptômes dont souffrent les personnes qu'accueillent les institutions psychiatriques et les centres de santé mentale. Or, il existe, malheureusement, dans la clinique contemporaine une tendance à vouloir extraire les aspects problématiques de la vie d'une personne de l'ensemble de sa vie, et notamment de sa dimension relationnelle, pour en faire des « troubles » isolés, à l'instar de syndromes de type médical, sans rapport les uns avec les autres, sans rapport avec le reste de l'expérience. Si on peut parler d'une rage de dent, d'une tendinite ou d'une infection urinaire comme des phénomènes indépendants, cette approche ne marche pas dans notre champ de travail, puisque les racines du trouble vont bien au-delà de la fonction troublée et bien au-delà des limites de l'individu.

L'expérience nous enseigne que le phénomène clinique auquel nous avons à faire n'est pas un phénomène isolé, localisé dans la fonction perturbée (la mémoire, l'attention, l'appétit, l'audition, le contrôle des sphincters, et ainsi de suite), mais est inséparable du contexte relationnel où il se forme. Il est la manifestation d'un mal-être plus essentiel qui relève de ce qui constitue la condition humaine, à savoir sa dimension relationnelle, comprise ici dans tous les sens du mot relation. C'est là que se joue toute la clinique

des difficultés des personnes qui s'adressent à nous. C'est là aussi que se joue toute la thérapeutique qui leur est corrélative. En effet, le traitement est lui-même indissociable du contexte relationnel où il s'effectue, non seulement au sens où il est censé se dérouler dans un cadre humain, d'accueil et de respect, mais aussi et surtout au sens où la structure du soin clinique comme telle, dans notre domaine, est de nature relationnelle. La relation n'est pas ce qui entoure le soin clinique, elle est le vecteur du soin clinique. Car le traitement ne consiste pas seulement, et d'abord, dans l'application d'un certain nombre de techniques. Il consiste avant tout dans la façon dont nous nous positionnons dans l'application de ces techniques, c'est-à-dire dans le mode de présence, dans l'attitude, faite de parole et de silence, de gestes et de discrétion, que nous adoptons à l'égard du sujet.

A y regarder de près, la plupart des symptômes et des troubles pour lesquels on envisage une prise en charge institutionnelle ne sont que l'autre face d'une difficulté, plus ou moins grave, qui touche au lien à l'Autre, l'Autre entendu dans son sens le plus quotidien et le plus radical à la fois. Pour un enfant notamment, qu'est-ce que le « retard scolaire » ou la difficulté à apprendre à lire et écrire, sinon la manifestation d'un refus ou d'un empêchement à s'introduire dans un langage codifié, une difficulté à consentir à ce que la vie s'insère dans un circuit de conventions, dans une trame sociale commune, bref à se raccorder à l'Autre ? Eh bien, ce n'est qu'en modifiant quelque chose

dans cette dimension de l'Autre, dans cette altérité inhérente au langage, que des effets pourront également se produire dans le registre de l'apprentissage lui-même. Mais ce qu'on dit du retard scolaire, ou du refus scolaire, peut être dit de bien d'autres attitudes ou comportements qui font symptôme, pour peu qu'on les analyse de plus près : la turbulence, la distraction, l'insomnie, les phobies, l'incontinence, l'isolement, le laisser aller, le mutisme, le vol, la violence agie ou la violence subie sans défense, etc. Comment ignorer qu'ils sont bien souvent, par un biais ou l'autre, la manifestation d'une difficulté centrale du rapport à la dimension de l'Autre ?

Les exemples cliniques qui illustrent le type d'efficacité qui est le nôtre ne manquent pas. Ils montrent que notre action ne vise pas directement le symptôme, mais qu'elle est une action indirecte, c'est-à-dire qu'elle passe à travers un certain mode d'adresse et de réponse de notre part, pour porter sur le symptôme. Elle passe par ce qui est essentiel dans la condition humaine, le rapport à l'Autre.

L'expérience de l'être humain est, dès le plus jeune âge, dès la venue au monde, plongée dans un autre environnement que celui de l'air qu'on respire et de la lumière qui éclaire. Même les besoins les plus élémentaires sont immergés dans cet environnement qui n'est autre que celui de la relation à l'Autre. Leur manifestation prend, donc, d'emblée, la dimension d'un message, d'un appel. Et leur satisfaction, par conséquent, ne consiste pas seulement à fournir l'objet correspondant au besoin que l'enfant est censé avoir, mais consiste aussi en une « réponse », c'est-à-dire à prendre en compte le fait que cela a été « demandé », autrement dit à reconnaître déjà quelque chose de la singularité du petit sujet, par delà la généralité du besoin propre à son âge. En d'autres mots encore, au-delà des choses qu'il

peut donner, l'Autre donne aussi son attention, sa reconnaissance, son amour.

Or, c'est précisément dans ce registre de l'amour, propre à l'être humain, que va se jouer aussi la clinique qui lui est propre. Car, dans l'amour, il n'y va pas seulement des objets que le sujet peut avoir, mais aussi de l'objet qu'il peut être, lui, c'est-à-dire de la modalité et du degré selon lesquels il se configure lui-même comme un objet pour l'Autre : objet de son amour et de son dévouement, certes, mais aussi objet de son angoisse, de ses exigences, de sa possession, en somme de son fantasme.

C'est pourquoi, dans ce registre proprement humain de l'« objet », un équilibre doit se chercher et se mettre en œuvre entre cette dimension d'objet pour l'Autre, de valeur pour l'Autre – qui est indispensable pour avoir une existence dans l'environnement humain – et une autre dimension, celle d'une certaine mise à distance de l'Autre, d'un certain desserrement de l'identification et du savoir qui aliènent, sous peine de fixer le sujet dans des positions qui créent des problèmes dans le lien social ultérieur.

Dès lors, la famille n'est pas seulement le lieu qui permet à l'enfant d'avoir une place et une appartenance, le lieu où une langue, une tradition, des repères se transmettent – établissant un lien avec la génération précédente – mais aussi le lieu où l'on apprend, où l'on devrait apprendre, à vivre séparé.

Seulement, cet équilibre entre l'appartenance et la séparation ne se réalise jamais parfaitement. Il se réalise toujours sous une forme approximative, insuffisante, imparfaite, bref sous une forme symptomatique – nécessairement – puisque chez l'être humain la formule standard du rapport à l'Autre manque, elle n'est pas prescrite par un programme génétique. C'est pourquoi, dans certains cas, il convient de mettre en place une forme ou l'autre d'accompagnement, plus ou moins institutionnelle, complémentaire ou supplémentaire de celui de la famille. Il convient de mettre en place une modalité de lien social qui traite ce qu'une séparation mal assurée ou une

séparation qui ne se réalise que dans le passage à l'acte peut constituer comme source de symptômes et de difficultés.

L'essentiel est d'arriver à concevoir que l'action thérapeutique appliquée au type de phénomènes cliniques que nous accueillons dans nos institutions et dans nos centres est, en dernière instance, constituée par la mise en place et la modulation d'un lien social spécifique.

Le cadre institutionnel n'est autre que ce lien spécifique établi avec l'enfant – ce mode de parole et de silence, cette façon d'être présent et en même temps décalé qui est, au-delà et au travers des techniques, des ateliers, des activités concrètes, le ressort dernier de l'opérativité thérapeutique de notre pratique. C'est pourquoi, il n'est pas utile de penser que,

dans une journée institutionnelle, il existe des activités ou des moments qui sont a priori plus thérapeutiques que d'autres, car dans chaque moment et dans chaque activité se joue ce qui fait le nerf de la thérapeutique : la façon dont nous pouvons soutenir ou permettre que le sujet réalise un lien à l'Autre où il ne s'épuise pas à en être l'objet. Lors d'un atelier ou d'une activité – pas moins que lors d'un moment de la vie commune, comme le repas ou le coucher – il ne s'agit pas seulement de l'enfant et de son trouble, de l'enfant et de sa difficulté, mais d'un trouble et d'une difficulté qui sont immédiatement enracinés – et immédiatement sensibles – à la nature de l'Autre qui interagit avec lui, cet Autre pouvant même

être constitué par ce qu'on pourrait appeler l'ambiance, ou à l'atmosphère de l'institution.

Le clinicien, le thérapeute, l'intervenant, l'éducateur, qui opère dans ce champ n'est pas simplement le dépositaire d'un savoir-faire ou d'une technique. Il est le partenaire d'un lien. La



Christian Zmudzinas

manière dont la séparation va pouvoir être sollicitée ou introduite dans ce lien dépend de la manière dont il pourra lui-même traiter, si je puis dire, ce qui dans sa présence spontanée peut encore évoquer pour l'enfant la figure de l'Autre qui le prend pour objet, objet de savoir ou objet d'amour. De ce traitement dépend que le lien institutionnel puisse avoir des effets sur le symptôme lui-même. ●

¹ Ce texte a été dit lors d'une journée d'étude pour le dixième anniversaire du CTAE à Liège.



Quand la nourriture fait mal

« Bien manger, ça me démange », tel était le thème choisi par l'asbl Together pour son carrefour annuel 2007¹. Comme chaque année, l'occasion pour l'Institut de rencontrer des usagers et de les écouter témoigner de leurs parcours, de leurs difficultés et de ce qui a fait soin pour eux. Un temps d'arrêt que nous avons autant de plaisir que d'intérêt à vivre avec les participants. Nous ne pouvons résister à l'envie de le partager avec vous, d'autant plus qu'il illustre particulièrement bien le thème de notre dossier.

Christine GOSSELIN
IWSM

Être bien dans sa tête et être bien dans son corps passe par la recherche d'un équilibre au quotidien ; dans la gestion élémentaire du manger, comme du dormir ou du bouger. Et si cela va de soi, cela n'en est pas moins évident ! Jean-Marc Bienkowski, Président de l'asbl Together² souligne toute l'importance de cette réflexion a priori éloignée de la santé mentale, qui pourtant lui est indissociablement liée. Comme Sylvana, les usagers qui se sont succédés à la tribune ont fait part de leur parcours personnel dans cette quête. Des chemins de traverse, propres à chacun, à parcourir à son rythme, qui peuvent aussi se rejoindre... Parler avec d'autres « d'hygiène de vie », c'est parler de santé, de plaisir, c'est mettre l'accent sur ses ressources, reprendre le pouvoir sur son quotidien, se réconcilier avec son corps, restaurer l'estime de soi, gérer les effets secondaires des traitements, mais aussi améliorer ses relations avec les autres en découvrant qu'on n'est pas tout seul. ●

¹ Le Carrefour des usagers est une initiative de l'asbl Together qui regroupe les usagers des différentes structures de l'AIGS (Association Interrégionale de Guidance et de Santé), située en région liégeoise. Il s'est tenu ce 15 juin 2007 au Motorium à Herstal.

² Et de Psytoyens, fédération des associations d'usagers (Voir l'article p. 43).

³ Témoignage présenté lors du Carrefour 2007.

Quand la nourriture fait mal³

Il y a quatre ans, à mon arrivée à l'Ancre, si on m'avait dit que je parlerais publiquement de moi, je ne l'aurais jamais cru.

Cette démarche me demande un réel effort et représente un long travail d'affirmation.

Mon rapport à la nourriture est très difficile – depuis toujours.

C'est un combat de tous les jours. L'envie de manger est présente à chaque instant et a tendance à prendre beaucoup de place.

On a beau me dire qu'il faut manger sain et équilibré.

Même si j'en suis convaincue, lorsque je suis déprimée, je n'ai qu'une seule envie, me réfugier dans l'armoire à sucreries.

Quand je mange, je culpabilise toujours, je suis mal avant pendant après.

Je me rends compte alors que la nourriture n'est plus une source de plaisir mais une vraie torture.

Pour moi, le mot régime est synonyme de punition, privation, interdiction.

Que pensez-vous de l'idée de supprimer ce mot ? J'entends régime et la lutte commence.

C'est dur de faire régime, d'y croire et d'y arriver.

L'année passée, j'avais un objectif précis : perdre du poids.

Je voulais prouver autour de moi que j'étais capable.

J'y suis arrivée : j'ai perdu 18 kg en moins de 6 mois ; quelle belle réussite !

En perdant du poids, je me suis prouvée à moi-même, aux autres, que j'étais capable.

J'avais l'impression que le regard extérieur changeait, bien au-delà de mes kilos perdus ?

En perdant du poids, j'ai commencé à me respecter.

Depuis toute petite, c'était, et c'est malheureusement si facile encore, de me faire mal, de ne pas m'aimer, de me sentir inférieure aux autres.

Malheureusement, il ne m'a pas fallu longtemps pour me rendre compte que le combat n'était pas terminé. Des kilos sont partis, des kilos sont revenus. Je suis retournée à nouveau dans cette boulimie

Alors j'ai participé avec d'autres usagers à un groupe qui s'appelle énergie.

Nous avons partagé notre vécu difficile par rapport à la nourriture. Cela m'a aidé à ne plus me sentir seule face à mon problème d'alimentation. Pour faire face à ce combat, comme pour tout autre problème, il faut se sentir soutenu et encouragé, il faut être aidé même si la décision doit venir de soi. Mais il faut choisir quelqu'un de confiance qui ne vous jugera pas.

C'est ce que je vis actuellement.

Le respect des autres est une valeur importante pour moi. Accepter l'autre tel qu'il est, avec ses différences, ses qualités et ses défauts.

Le travail que j'ai fait durant ces années à l'Ancre m'a permis de découvrir que moi, Sylvana, j'avais aussi droit à ce respect. C'est ainsi que j'ai pu progressivement prendre conscience de ma place au sein de ma famille. Aujourd'hui, je pense que la première personne à respecter c'est soi-même et j'ai envie de l'apprendre toujours plus. J'ai repris mon régime, je compte le poursuivre pour moi. J'ai envie de me donner à moi le droit d'exister et de croître, le droit d'être moi.

Le 29 juin sera mon dernier jour à l'Ancre. C'est difficile de quitter mais l'important, c'est de garder ce qu'on a appris pour pouvoir l'appliquer tout simplement dans le quotidien

Une personne proche de moi m'a dit un jour : « tu sais, la vie est belle, elle vaut la peine d'être vécue ». Je n'ai pas toujours compris. Aujourd'hui je pense qu'elle a raison.

Sylvana



Les paradoxes de l'autonomie en psychiatrie : une analyse sociologique¹

Contexte

En France, comme dans les autres pays occidentaux, le champ de la médecine est traversé depuis plusieurs années par **un mouvement de reconnaissance des droits du patient**. Dans le cas français, il a notamment donné lieu à la loi du 4 mars 2002 « relative au droit des malades et à la qualité du système de santé ». La façon dont les différents acteurs du champ se saisissent de ce mouvement, et dont celui-ci s'inscrit dans leurs pratiques, participe à un processus qui est encore en cours d'élaboration. On peut d'ores et déjà penser que ce processus engage bien plus qu'une simple reconnaissance de droits, et qu'il touche aussi la définition de la relation de soin. En effet, sur ce mouvement se greffent une revendication de l'autonomie des patients et une promotion de la valeur de leur consentement. Ces deux aspirations vont de pair avec une critique d'une relation médicale qui placerait les patients dans une position de dépendance et les soumettrait à des formes de contrainte.

Dans le cadre psychiatrique, replacer ces notions dans les pratiques où elles s'incarnent est une opération peut-être encore plus essentielle, mais également plus délicate. D'abord parce que les oppositions semblent s'y dessiner de manière plus tranchée : la contrainte, par exemple, constitue une intervention thérapeutique légitime, prérogative des soignants dans certaines circonstances. Ensuite, et de façon paradoxale, parce qu'en psychiatrie les oppositions pourraient être plus floues. En effet, la pathologie qui fait l'objet du soin est réputée influencer sur la capacité d'autonomie et de consentement du patient. L'autonomie peut donc constituer pour certains un objectif à atteindre par le soin, et la dépendance être considérée par d'autres comme une caractéristique de la pathologie. Les notions d'autonomie et de dépendance sont alors partie intégrante de l'intervention thérapeutique : les professionnels définissent ce qu'ils font par rapport à, et à l'aide de ces notions.

A la fois critère déterminant dans les relations entre soignants et soignés et finalité de ces relations, le contexte d'injonction à l'autonomie est posé comme cadre pour penser la participation des usagers et la conception du soin. Tenant compte de ce contexte, ce parcours sociologique se propose de décrire la, ou plutôt les relations qui s'établissent entre patients et soignants au cours des interventions thérapeutiques, afin de comprendre dans quelle dynamique émergent ces notions de dépendance, d'autonomie, de consentement et de contrainte. Pour répondre à la question « qu'est-ce qui est thérapeutique ? », l'article pointe les divers registres d'action mobilisés par les professionnels, l'importance des passages entre ces modes de justification et la distinction entre différents types de relations.

Livia VELPRY, Sociologue

CESAMES², Paris

Les registres d'action dans le travail psychiatrique

Quelles relations s'établissent entre patients et professionnels ? Comment sont-elles négociées ? A quelles règles et normes implicites et explicites les protagonistes se réfèrent-ils ? Comment les contraintes et ressources des uns et des autres sont-elles intégrées à la négociation ? Le contexte de suivi extrahospitalier est un lieu privilégié d'analyse de tels processus de définition, pour deux raisons. D'abord, parce que les patients maintiennent un certain nombre d'inscriptions sociales en dehors de la psychiatrie, et qu'il est ainsi possible d'analyser la façon dont leur inscription en psychiatrie est gérée dans leur organisation de vie. Ensuite, parce qu'en s'intéressant à un lieu de prise en charge au long cours, donc en dehors des crises, on approche la pratique psychiatrique dans sa quotidienneté et son caractère ordinaire.

A partir d'un travail de terrain ethnographique sur le suivi ambulatoire de personnes ayant des troubles mentaux graves³, qui a été mené dans le cadre d'une thèse de sociologie (Velpry, 2006), je voudrais montrer comment se négocie en permanence, entre patients et professionnels, une définition de la relation de prise en charge. Ce

jeu de négociation est complexe. Il mobilise certains registres d'action pour les professionnels, que je présenterai brièvement ici. Ensuite, nous verrons que l'idée d'autonomie est centrale dans la négociation, sous deux formes : la capacité d'autonomie attribuée au patient par les professionnels d'une part, la désignation de l'autonomie comme objectif thérapeutique d'autre part. Des exemples de négociation des relations dans le contexte des appartements associatifs illustreront ces deux mobilisations de l'idée d'autonomie dans les pratiques psychiatriques.

A partir des discussions entre professionnels à propos des patients, observées lors de réunions ou de discussions informelles, et à partir d'entretiens réalisés avec les professionnels, j'ai cherché à reconstituer « pourquoi les professionnels font ce qu'ils font ? », c'est-à-dire comment ils choisissent d'intervenir de telle ou telle manière, et comment ils justifient de la légitimité de cette intervention. Ces critères de jugement relèvent du caractère thérapeutique de leur action. En effet, ce qui donne forme à la relation entre le patient et les professionnels, quelle que soit l'activité concernée, c'est que le professionnel effectue une intervention thérapeutique (Velpry, 2006).



Lorsqu'ils justifient de réaliser une intervention thérapeutique, les professionnels mobilisent trois registres d'action : laisser faire, faire pour et faire faire⁵. Le premier registre en appelle à la nécessité d'accueillir des patients en grande souffrance et avec qui il faut établir un lien : c'est « laisser faire ». Le troisième reflète l'objectif d'instaurer une relation de collaboration avec le patient : c'est « faire faire ». Pour s'inscrire dans ce troisième registre, certains patients doivent se transformer, au terme d'un processus au cours duquel les professionnels devront « faire pour » eux ; c'est le second registre.

L'autonomie, principe organisateur des interventions thérapeutiques

Quelle est l'articulation entre ces motifs d'action des professionnels, et les relations établies avec les patients ? Ces registres de justification constituent le cadre dans lequel se déroulent les interactions entre patients et professionnels au CMP. Or, ce qui est en jeu, dans le passage entre ces modes de justification, est la reconnaissance de l'autonomie du patient⁶, entendue ici comme la capacité à agir de façon responsable. De ce fait, l'attribution d'une capacité d'autonomie apparaît comme le principe organisateur des interventions thérapeutiques.

Pourquoi l'autonomie est-elle à l'articulation des registres de justification et des interventions ? Dans la première logique, qui est le passage du « laisser faire » au « faire pour », il s'agit d'accueillir le patient et d'établir un lien avec lui, autrement dit de « l'accrocher ». Dans la seconde logique, qui consiste à passer du « faire pour » au « faire faire », il faut faire décrocher le patient en obtenant qu'il transforme ses comportements et « s'autonomise ». Ce qui différencie ces deux logiques, c'est la capacité d'autonomie que les professionnels attribuent au patient, et la nature de l'intervention. La première logique s'adresse à un patient que l'on estime peu autonome et peu capable de le devenir, alors que la seconde repose au contraire sur la capacité du patient à devenir autonome, et à s'approprier cette transformation.

La première logique peut faire une place légitime à une intervention par la contrainte, à la différence de la seconde. Autrement dit, pour les professionnels, cette capacité qu'ils attribuent au patient détermine le degré de contrainte qu'ils mobilisent dans leur intervention.

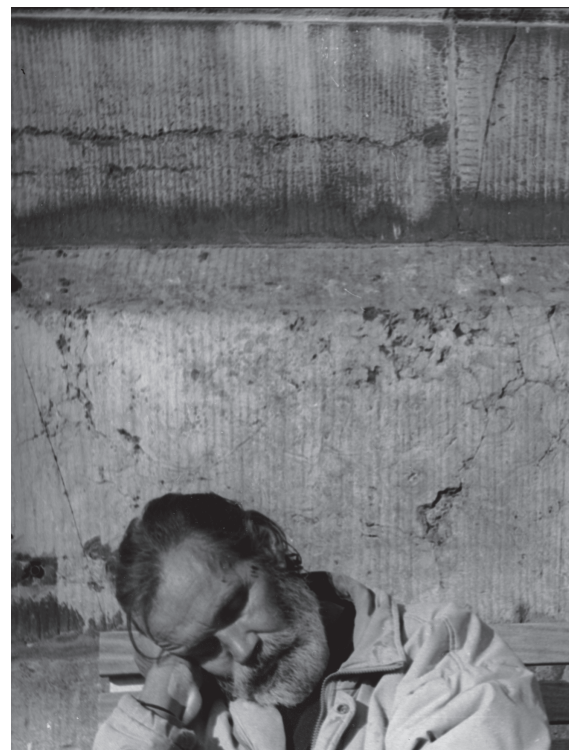
Une difficulté supplémentaire, dans cette négociation, tient au fait que l'autonomie est aussi l'horizon d'attente des professionnels, autrement dit une injonction : c'est le registre du « faire faire ». L'autonomie du patient est donc à la fois le critère qui détermine les relations entre patients et professionnels, et leur finalité.

La négociation d'une position en appartement associatif : patient ou résident ?

Comprendre comment l'on choisit un registre d'action, et comment on passe d'un registre à un autre suppose donc de comprendre comment se définit et se négocie la capacité à être autonome du patient, entre les protagonistes. Or, il apparaît que les relations entre patients et professionnels doivent constamment déterminer dans quelle logique elles se situent. Cet arbitrage est réalisé par l'interprétation des comportements et des paroles des patients. Parmi l'ensemble des interventions thérapeutiques réalisées dans un dispensaire de psychiatrie (ou dans un secteur), les appartements associatifs, qui visent explicitement à « transformer » les patients en des personnes plus autonomes et plus insérées, constituent un lieu où cet arbitrage est particulièrement visible.

En effet, d'un côté le cadre formel des appartements instaure une relation contractuelle entre une équipe de professionnels et le résident. Le patient s'engage, en échange de la location de l'appartement, à un certain nombre de comportements qui attestent de son autonomie et de sa responsabilité dans la gestion de sa maladie et de ses inscriptions sociales (prendre son traitement, participer à la réunion hebdomadaire, accueillir les professionnels lors des visites à domicile). Mais ce cadre formel se double d'un

cadre thérapeutique dont l'objectif affiché est d'amener le patient à devenir cette personne responsable et autonome, dans la gestion de sa maladie et de son traitement, ainsi que de sa vie quotidienne. Or, ces deux cadres sont dans un rapport conflictuel⁷, la relation thérapeutique et la relation contractuelle reposant sur deux conceptions distinctes de la position du patient vis-à-vis des professionnels et de sa capacité d'autonomie. Dans la pratique, le cadre thérapeutique est premier lorsque le patient est considéré comme dominé par sa maladie, alors que



la dimension contractuelle prend le dessus lorsque les professionnels imputent au patient une capacité d'évolution vers plus d'autonomie qu'ils veulent encourager.

Selon la façon dont la personne est perçue lors de l'interaction avec les professionnels et en tenant compte de leur histoire commune, l'intervention thérapeutique réalisée dans les appartements relèvera donc de l'une ou l'autre des logiques que j'ai décrites. Bien entendu, ces logiques sont mobilisées par les professionnels, ensemble et séparément, selon le moment et l'histoire avec le patient, mais également selon la façon dont les patients participent à l'interaction.

Par exemple, dans le cas d'Oscar, résident en appartement associatif, le ménage constitue un enjeu entre lui et l'équipe des résidents. Le ménage est l'un des éléments important du contrat passé avec le patient lors de l'admission dans un appartement associatif. Les résidents sont en effet considérés comme pouvant apprendre à s'occuper de chez eux, et cette exigence fonde la relation entre professionnels et patients dans le cadre des appartements. Alors qu'il avait été considéré comme apte à passer ce contrat, Oscar ne fait aucun effort de ménage dans son appartement,



Josette Bragard

même quand les infirmiers proposent leur aide. Aux termes du contrat, un tel comportement constitue un important écart aux normes, et peut être interprété comme une rupture du contrat. Dans son cas, cependant, après de nombreuses discussions en équipe sur l'interprétation à avoir de son comportement (comment interpréter le refus exprimé par Oscar de faire le ménage), un consensus se dégage dans l'équipe pour l'attribuer au fait qu'il est « trop mal » et donc incapable de se conformer à l'exigence de l'équipe. Puisqu'il s'agit non pas d'un acte volontaire, mais d'une incapacité liée à sa maladie, son comportement relève de l'intervention des professionnels, et sa présence était justifiée. Cependant, avec

cette interprétation, l'intervention envers Oscar change de logique de justification : elle ne s'inscrit plus dans un processus de travail sur les inscriptions sociales, mais dans un accueil de la folie et de la souffrance.

Ce que montre cet exemple, c'est que le statut du patient dans ce travail commun se négocie en permanence dans les appartements associatifs. Doit-on faire pour lui parce qu'il va trop mal ? Doit-on l'aider à faire pour qu'il apprenne ? Doit-on ne rien faire pour qu'il ne s'installe pas dans un confort assisté ? Les professionnels et les patients se situent en permanence vis-à-vis de ces questions, les professionnels par une interprétation travaillée collectivement en équipe, qui impute une certaine capacité d'autonomie et de responsabilité, les patients par les comportements et leurs prises de position en situation.

Dans les appartements associatifs, l'articulation entre contrainte et injonction à l'autonomie est au centre de la négociation. La contrainte est présente sous différentes formes selon la position négociée par le patient à un moment donné. Elle change de forme conjointement à un processus d'apprentissage et de changement des comportements et des normes des patients, identifié comme tel par les patients et par les professionnels. Parallèlement, des positions de patient relevant d'autres logiques de justification restent disponibles afin d'intégrer des interactions et des comportements de patients qui ne peuvent s'inscrire dans le régime de transformation.

On retrouve là une tension qui est au cœur des interventions thérapeutiques en psychiatrie, qui ont pour objectif que le patient puisse s'en passer, et qui pour y arriver lui impose des règles strictes, et donc une marge de déviance des comportements étroite. Ici, l'objectif thérapeutique des appartements est que les résidents « apprennent » à vivre seuls, et ce dans leur propre appartement. Mais les professionnels « imposent » que les patients atteignent cet objectif par une sortie très progressive, à la fois décidée et conciliante, du cadre d'interaction thérapeutique. Si le résident fait preuve d'actions

considérées comme autonomes trop brutalement, les soignants risquent d'interpréter son comportement dans le registre de la pathologie. A l'inverse, s'il se conforme trop au cadre, il sera considéré comme trop passif.

On le voit, dans les pratiques psychiatriques, l'enjeu porte donc moins sur l'autonomie effective reconnue au patient que sur la capacité à être ou à devenir autonome attribuée au patient. C'est cette capacité, ou son absence, qui vont déterminer le type d'intervention que les professionnels considèrent comme légitimes. Dans le cas des personnes ayant des troubles mentaux graves, il peut y avoir un conflit dans l'attribution d'autonomie, conflit qui cristallise l'asymétrie des positions. Le professionnel est plus légitime à déterminer cette capacité que le patient, et cette légitimité a des conséquences pratiques puisqu'elle peut amener à considérer que ce que le patient appelle manifestations de son autonomie sont des symptômes de la pathologie, et éventuellement justifier ainsi d'une intervention sous contrainte. Mais le patient, notamment dans le cadre d'un suivi extrahospitalier, conserve une marge de négociation, par la possibilité qu'il a d'affirmer son autonomie dans les autres sphères de sa vie quotidienne. ●

¹ Références 24, 42 et 43: voir bibliographie p. 48

² Centre de Recherche Psychotropes, Santé Mentale, Société, Paris5-INSERM-CNRS, dirigé par Alain Ehrenberg. Site : <http://www.cesames.org/spip/>

³ La notion de trouble mental grave est définie non pas par un diagnostic, mais par le fait d'avoir des problèmes identifiés comme relevant de la psychiatrie, et que ces problèmes et leur traitement aient eu des conséquences importantes sur les différentes sphères de la vie de la personne et sur sa trajectoire.

⁴ Les pratiques évoquées ici prennent place dans un dispensaire de psychiatrie publique français, et concernent les interventions thérapeutiques réalisées en équipe. Les interactions entre patients et professionnels ont été observées pendant plus d'une année, principalement dans des groupes de patients animés par des professionnels, et dans des réunions entre professionnels. Parallèlement, des entretiens répétés ont été menés avec les patients, ainsi qu'avec des professionnels. Pour plus de détails sur la méthode, et sur les spécificités du travail ethnographique dans le contexte psychiatrique : voir Velpry, bibliographie, références 42 et 43.

⁵ Ces trois termes ne sont pas repris du langage des professionnels, ils ont émergés lors de l'analyse des données.

⁶ Précisons ici qu'en parlant d'autonomie, je ne me réfère pas seulement à l'usage du terme, mais à un ensemble de notions qui renvoient à l'idée d'autonomie et plus particulièrement d'un « patient autonome ».

⁷ Dans l'un, les deux parties sont liées par un contrat ; dans l'autre, elles sont dans une relation thérapeutique, et de ce fait le patient y est en position, soit de partenaire, soit de soigné.



La relation prescripteur/prescrit

La place occupée par le médicament ces dernières années modifie la relation médecin/malade. Elle invite l'un et l'autre à se situer quant à la place qu'ils réservent à cet objet dans le dispositif thérapeutique.

Philippe HENNAUX

Psychiatre, psychanalyste, Bruxelles

Au mois d'octobre de l'année 2005, le *Centre Hospitalier Jean Titeca* avait organisé avec l'asbl *Le Gué* une journée de travail sur le thème « Quand le temps devient traitement », d'une façon très remarquable. Les interventions des professionnels lors de chaque atelier devaient répondre à une série de questions et de remarques rédigées par les usagers à leur intention. J'avais été impressionné par le texte qui m'avait été remis pour préparer ma réponse sur le thème : « *Prescription de psychotropes : dynamiques et enjeux relationnels au fil du temps* ». J'y découvrais un étonnant paradoxe. D'un côté les patients, dans des situations qui avaient pourtant dû être celles de la crise, de l'urgence et de l'hospitalisation contrainte, construisaient une relation avec leur psychiatre marquée par la confiance et le respect, au point de parler de lui comme d'« une mère » ou d'« une personne avec qui l'on s'engage sur un long chemin ». D'un autre côté, tout changeait lorsque le médicament entrait en scène, comme si la prise du produit, périphérique dans la relation à leurs yeux de patients, apparaissait centrale à ceux du psychiatre et enclenchait à nouveau l'exercice d'un pouvoir excessif, qu'ils aspiraient à rendre moins autoritaire, en appelant au « partenariat » ou à la « co-gestion ». Au fond, lorsque l'usager parle en termes de ce qu'il faut bien appeler « transfert », il s'étonne que le psychiatre lui réponde aujourd'hui : médicament.

Il n'en a pas toujours été ainsi. Dans un passé pas si lointain, les psychotropes étaient conçus - et, ainsi que le rappelle le Dr Metz dans un ouvrage

récemment paru aux Etats-Unis¹, c'est ainsi que leurs fabricants en ont fait la promotion initiale - comme ce qui permet, ce qui facilite une relation psychothérapeutique. Les traitements étaient alors présentés pour ce qu'ils sont par nature : des traitements symptomatiques, et ce qu'ils sont par raison : temporaires et réversibles.

Aujourd'hui, c'est exactement l'inverse, comme le confirme sans ambages le Dr Palazzolo : « *Toutes les recherches en psychologie médicale le prouvent : la motivation personnelle et une relation de confiance avec le médecin sont indispensables à une bonne observance médicamenteuse*² » .



Christian Zmudzinas

Ce glissement d'un usage du médicament comme facilitateur de la relation, à l'usage de la relation comme facilitateur de la prise du médicament, j'ai proposé de l'appeler « transformation de la relation médecin/malade en relation prescripteur/prescrit ».

Dans ce nouveau type de rapport, qui déborde largement du cadre de la psychiatrie, une nouvelle fois située aux avant-postes des transformations de la médecine, le médicament en vient à structurer complètement la relation médecin/malade et à faire de sa prise par le patient l'enjeu majeur de la consultation.

La relation prescripteur/prescrit s'accompagne de toute une gamme d'avancées technologiques ou psychologiques permettant de s'assurer que le médicament aboutisse bien dans le corps du malade, et il est important de noter que ce soit plutôt de gré que de force : formes dépôt, formes retard, concept de compliance, concept d'observance médicamenteuse, groupes de parole et formations organisés à cet effet. L'assentiment, plus que le forçage, est en effet requis dans la forme la plus moderne de l'autoritarisme.

Elle permet aussi à quelques *leaders of opinion* d'affirmer de façon très assertive que les psychotropes sont « la pierre angulaire » de tout traitement possible en psychiatrie, de déclarer les psychothérapies au mieux « adjuvantes » au traitement médicamenteux, et de frapper d'incompétence, voire de dangereux attardement scientifique, les psychiatres qui ne se rangeraient pas à leur avis.

Le phénomène que je déplore fait évidemment partie d'un problème beaucoup plus vaste, qui tient au succès de la présentation d'hypothèses certes valides mais non confirmées au rang de vérités avérées - la référence du Dr Palazzolo au mot recherche est à cet égard exemplaire - mais qu'il m'est impossible de développer dans l'espace qui m'est imparti.

Mais il me paraît important de terminer ce petit article introductif en insistant sur une des conséquences les plus dommageables de la relation prescripteur/prescrit, et qui concerne le prescripteur lui-même : en accordant l'exclusivité de son efficacité thérapeutique à un produit, il sous-estime les capacités de guérison de ses patients (ce dont ils se plaignent explicitement), mais aussi les siennes propres, qu'elles tiennent à sa personne, sa formation, ou tout simplement à sa fonction institutionnelle, c'est-à-dire symbolique. ●

¹ Bibliographie, référence 22

² Bibliographie, référence 25



Quelle place pour le « transfert » ?

Quelques mots sur le « transfert » qu'on ne peut passer sous silence lorsqu'on s'intéresse à la relation soignant/soigné : Qu'est-ce que le « transfert » ? Quelle place dans la relation ? Et qu'en est-il dans les groupes ?

Un coin du voile soulevé sur une série de questions qui mériteraient certes un long développement.

Benoît BOURGUIGNON

Centre de Santé Mentale « L'Accueil », Huy

Une personne qui s'engage dans une démarche psychothérapeutique a toutes les chances d'établir, en toute inconscience, un « transfert » à l'égard du professionnel qui la reçoit. En quelques mots cela signifie que celui-ci, psychothérapeute de son état, va être « chargé »... De quoi ? De différentes attentes, affects, impressions, jugements, bref, d'autant de façons de le voir et de le sentir qui relèveront bien davantage du patient et de ses personnages intérieurs, ses désirs, craintes et fantasmes, actuels et passés que du psychothérapeute lui-même.

Un phénomène complexe dans un cadre de réalité

Au début de ses recherches en psychothérapie, Freud considérait le transfert comme un obstacle au traitement, un phénomène à éliminer. Puis il s'est aperçu que c'était en réalité le levier le plus puissant de la cure car, effectivement, pour se déprendre de ses aveuglements, il faut probablement d'abord se laisser prendre pour en sentir la puissance et la ténacité. Les psychothérapeutes d'orientation psychodynamique le savent et sont souvent très attentifs à respecter le « transfert », en évitant par exemple de favoriser des rencontres avec le patient dans un cadre social ou amical. Bref, le transfert, tout pétri qu'il est de certitudes imaginaires, doit être préservé d'une réalité qui pourrait le déflorer « bêtement » sans qu'il puisse se développer, évoluer à son rythme jusqu'à être identifié plus ou moins comme tel, et parfois remis

à sa place par le patient découvrant son anachronisme. Souvent, ce n'est même pas nécessaire d'aller jusque-là. L'essentiel est bien que « le transfert porte », comme un bateau porte vers des découvertes, de soi et des autres. Rassurons-nous, la réalité est bien là, pour ces psychothérapeutes, tout à fait présente et prise en compte dans ce qu'ils appellent « le cadre ». Combien de fois n'entend-t-on pas dire « mon psy » ou « ma psy », traduisant par cet article possessif quelque chose de ce transfert qui, faut-il le dire, est bien sûr peuplé également d'affects négatifs, voire destructeurs ?

Égalitaire ou inégalitaire ?

Après cet aperçu, vous allez penser que cette relation psychothérapeutique est foncièrement « inégalitaire », vous dire que le patient n'y est pas considéré comme il devrait l'être. C'est un point de vue. Le mien serait plutôt de voir cette asymétrie des places « patient - psychothérapeute » comme une nécessité pour un processus de soin ou de découverte qui fait place à la personne du patient. Et c'est bien par respect pour lui qu'il importe de ne pas tout mélanger, de ne pas se parer d'un « semblant d'égalitaire » moral ou idéologique, de chercher avant tout et avec lui, la voie du patient vers lui-même et sa vérité. Les différences constituent le monde et nous-mêmes, c'est tout à la fois pour chacun une réalité, une blessure et un espoir. Pour un psychothérapeute, prendre son patient en compte c'est, je pense, accepter de vivre ce transfert, tenter de sentir et de supporter la place où il

est, ainsi, mis par son patient, pour que celui-ci arrive à mieux « se sentir » lui-même. Si un psychothérapeute se mettait à expliquer à son patient, pour le faire participer, tout ce qu'il a dans sa tête de professionnel, il ne ferait que le rendre plus dépendant. La participation du patient, à l'aune de celle du psychothérapeute, c'est son engagement dans la relation thérapeutique.

Et dans un groupe ?

Vous pouvez probablement entrevoir ce qui tombe peut-être à présent sous le sens : un psychothérapeute individuel qui serait en même temps le psychothérapeute de groupe de son patient va voir se désorganiser le transfert du cadre individuel, allant parfois jusqu'à un surcroît de confusion, et mettre son patient de facto dans une place d'exception à l'intérieur du groupe. Pour fonctionner, un groupe thérapeutique analytique nécessite que les participants soient sur le même pied au temps de sa constitution. Dans un groupe, les transferts sont multiples et s'organisent à plusieurs niveaux pour chacun des participants : transfert sur le ou les moniteurs, transferts latéraux sur les autres participants, transfert sur le groupe lui-même, transfert sur l'institution.

Aller plus loin demanderait d'autres développements et pourrait faire l'objet de réflexions ultérieures¹.

Pour terminer, je pense à cet aphorisme savoureux et bien connu de George Orwell, qui évoque un peu la structure paradoxale de ces questions :

« Tous les animaux sont égaux, mais certains sont plus égaux que d'autres ». ●

¹ Le SSM « L'Accueil » de Huy développe, avec d'autres SSM en Région wallonne, un projet spécifique de groupes psychothérapeutiques, évoqué dans *Confluences* n° 11, pp. 6-7. Nous reviendrons bien concrètement sur ce que recouvre ce travail dans un prochain numéro de *Confluences*.



Comment dé-chiffrer un sujet en souffrance ?

Une histoire comme beaucoup d'autres... particulièrement singulière. L'occasion d'une nouvelle relation, originale, avec un soignant, à l'écoute, dans son travail clinique, de la place que le sujet lui donne. Politiquement correct ?

Wim GALLE, Psychothérapeute

Hôpital du Dr Guislain¹, Gand - Assistant à l'UGent

Quand Keba, sympathique bonhomme d'origine africaine, ne déambule pas dans les couloirs de l'hôpital, on l'aperçoit le plus souvent solitaire et silencieux, posté à la fenêtre, scrutant fixement l'extérieur. Il évite tout contact avec autrui. Il a été admis chez nous, en attente de plusieurs examens dermatologiques. Puisque ceux-ci se font attendre, il est disposé à converser.

Au début, un seul sujet domine les conversations : les problèmes de peau.

Lorsqu'il lui arrive de parler de sa vie, ses « problèmes de peau » révèlent peu à peu une toile de fond. Il est issu d'une grande famille dont plusieurs enfants portent un prénom musulman. Il constate que la religion est importante, puisqu'elle se préoccupe de l'« hygiène de la vie ». Quant à sa vie amoureuse, il ne s'étend pas : il a eu des relations à deux reprises, surtout pour éviter les commérages - on peut d'ailleurs reconnaître les hommes qui n'ont pas de femme à leurs boutons sur la peau !

Au fil des conversations, un glissement manifeste se produit : les plaintes d'ordre dermatologique sont devenues, dans ses propres mots, des « problèmes de peau ». Après quelques semaines, il profite de nos échanges pour s'exprimer sur ses « problèmes de communication ». Il a toujours eu beaucoup de difficultés avec son jeune frère qui ne respecte pas son statut d'aîné, à un point tel qu'il en perd son identité : « il m'a trompé, il m'a trahi comme une femme trompée

son époux ». Il se sent menacé par ce frère et est convaincu que le moindre contact (inexistant depuis quelques années) se terminerait en bagarre. Il essaie donc de marquer la plus grande distance : « je préfère me laver les mains », affirme-t-il.

Lorsque j'ai commencé avec ce patient, j'ai été confronté à une question cruciale : combien de temps un homme comme Keba pourra-t-il encore trouver refuge dans la psychiatrie ? La psychiatrie en Flandre est en effet de plus en plus dominée par le discours de « la gestion de qualité » - qui se traduit par des comptes-rendus en chiffres, des systèmes de mesure² (« evidence based »), une obsession de la spécialisation, un fonctionnement soi-disant axé sur le « client »... Ce que l'on perd de vue dans cette approche, ce sont les problèmes cliniques liés à la demande et au parcours d'un sujet particulier.

Aucune institution psychiatrique ne pourrait (voudrait) d'ailleurs se spécialiser « evidence based » dans la situation d'un homme qui a été admis pour des plaintes d'ordre dermatologique, afin de régler, à travers sa peau, sa relation à l'autre, si précaire.

Toutefois, Keba constate plusieurs mois après le début de nos entretiens, qu'il a moins de difficultés avec ses problèmes de peau, et qu'en plus, il se sent beaucoup plus calme, plus en sécurité. En outre, il donne une forme active à notre relation : lorsqu'il est pris de panique durant un de nos entretiens, à cause d'hallucinations intrusives et que je propose une consultation supplémentaire

pour cause d'« urgence », il s'emporte : « ce n'est pas urgent, c'est important ! » Il a besoin de quelqu'un à ses côtés, qui puisse être témoin de ce que son frère provoque chez lui afin que ce soit enregistré par une instance tierce. Ce dont il n'a pas besoin, c'est d'une personne en plus qui intervienne dans sa vie.

Voilà un reproche légitime : dans le travail clinique, il faut tenir compte de la place que le sujet nous attribue, afin que nous puissions nous y prêter. Ceci exige évidemment une vision bien différente de l'approche réductrice axée sur le « client ».

En ce qui me concerne, je veux répondre à ce malaise à l'égard de la gestion de qualité avec l'unique moyen qui nous reste : le travail clinique quotidien. Gardant à l'esprit le concept de *banalité du mal* de Hannah Arendt, il implique également un choix politique clair. Dans mon cas, le refus très ferme de fonctionner comme un fonctionnaire soi-disant neutre, mais en réalité complice d'une politique déterminée.

Je conclurai donc en paraphrasant les mots d'un analyste : on ne doit pas avoir l'idée de prêcher la révolution (dans l'illusion de changer le système par un autre, meilleur), on peut néanmoins être subversif - de façon à pouvoir utiliser la marge maximale pour assurer le droit à l'existence d'un sujet. ●

¹ En service d'urgence et de traitement des psychoses. Son parcours l'a également amené en Service de santé mentale à Courtrai et au Centre de psychiatrie infantile « Les Goélands » en Wallonie. Il a aussi une pratique privée.

² Il est intéressant d'observer que le mot « meetsysteem », soit « système de mesure » constitue un palindrome en Néerlandais : le choix d'un point de départ réfléchi ou d'une direction univoque (au moyen d'une vision étayée par la théorie) n'est pas pertinent et est subordonné au fait de mesurer « quelque chose » qui peut en outre produire des « résultats ». Cette approche comporte parfois des aspects « comiques » : par exemple, alors que nous luttons ensemble avec quelques collègues pour créer une place pour le « non-mesurable » dans la gestion de qualité, on a finalement pu faire entendre nos revendications et avons reçu la proposition de créer un groupe de travail, dont l'objectif s'est révélé après quelques réunions : notre mission était en fait de créer un système de mesure pour le non-mesurable... Conséquence logique de notre part : démission !



Réflexions ... sur le self-help

Réflexions accorde une place importante aux usagers et son travail s'appuie notamment sur le self-help. L'aide et les soins que cette asbl liégeoise propose depuis 1996, à l'initiative du Dr Haïtham MOURAD, se fondent en partie sur l'interaction entre les patients et sur l'effet d'entraînement et d'identification positive qu'elle peut induire. Comment cette approche est-elle vécue par les partenaires de la relation soignant/soigné ? Quel lien entre relation thérapeutique et self-help ? Quelles difficultés ? Regards croisés.

Nicolas DAUBY, psychologue, **Haïtham MOURAD**, psychiatre
et **Marc**, administrateur – Réflexions asbl, Liège

Propos recueillis par Isabelle LAVERGNE – Réflexions, asbl

Le self-help vise à rendre la personne psychotique actrice de sa propre évolution et à faciliter sa réhabilitation. La démarche s'appuie sur la psycho-éducation avec, d'une part, la mise à disposition des patients, de leurs proches et des soignants, d'informations claires et compréhensibles sur la maladie, et, d'autre part, des échanges d'expériences qui contribuent à créer un esprit de solidarité et à rompre l'isolement et la stigmatisation des patients.

Self-help et relation thérapeutique ?

Nicolas : Ce sont deux choses différentes. La relation thérapeutique se joue entre le patient et le soignant tandis que le self-help concerne les patients entre eux. Favoriser le self-help permet l'échange d'informations entre pairs. Il s'agira ici, pour le professionnel, de laisser suffisamment de place aux patients pour répondre eux-mêmes à leurs propres questions. A l'asbl Réflexions, les activités de psycho-éducation sont basées sur un rituel immuable : partir des questions que se posent les personnes souffrant de psychose, leur entourage et les soignants, renvoyer ces questions au groupe en laissant à chacun le temps d'apporter les informations qu'il souhaite partager et les reprendre pour les structurer dans une conclusion cohérente.

Haïtham : Ajoutons que le self-help est le pré-requis d'un programme de soins personnalisés. Il diminue les résistances des soignés et les aide à être plus performants pour réduire les symptômes négatifs et cognitifs, diminuer les rechutes et améliorer la qualité de vie des patients.

Marc : Le self-help m'a beaucoup aidé. Il m'a permis de mieux accepter ma maladie. Parce que, au début, ce n'était pas facile avec les professionnels... Je rejetais les « étiquettes » qu'ils voulaient me mettre, les explications qu'ils me donnaient. En plus du délire, j'avais l'impression que cela cassait tout mon projet de vie et puis il y avait les préjugés sur la maladie mentale... J'avais l'impression qu'ils me disaient que j'étais fou. C'est plus facile d'accepter la maladie quand l'explication vient de quelqu'un qui l'a vécu. Grâce aux activités de psycho-éducation tout le monde est susceptible d'apporter un élément utile aux autres. On apprend ainsi à partager les connaissances sur la maladie et les choses à mettre en place. Ce qui a facilité mon accroche, c'est de trouver un lieu où je pouvais parler à quelqu'un sans me sentir jugé. Comme tout le monde était malade, être malade n'était pas stigmatisant.

Y-a-t-il un revers à cette médaille ?

Nicolas : Le cadre « assez large » pourrait être désstabilisant et donc source d'anxiété. Par ailleurs, les relations sociales développées avec d'autres patients pourraient stigmatiser l'identité de malade. C'est particulièrement le cas dans la problématique psychotique où le réseau social est souvent pauvre. Il est important de soutenir les soignés dans leur démarche visant à rencontrer d'autres personnes, dans d'autres contextes.

Marc : Je suis d'accord avec ce qui vient d'être dit, je pense que le risque est que la personne s'identifie à sa maladie et perde son identité.

Le self-help peut-il parfois interférer sur la relation thérapeutique ?

Nicolas : Toute la difficulté réside dans le maintien d'un cadre de travail cohérent. En tant que professionnel, il faut ici favoriser les liens entre patients. L'accroche thérapeutique et la relation de confiance, essentielles dans tout travail thérapeutique, pourraient, dans le cadre d'activités de self-help être interprétées par les usagers comme des liens d'amitiés. Il importe donc que le thérapeute puisse s'effacer, une fois le lien créé au sein du groupe.

Marc : A l'asbl, tout le travail des psychologues consiste à jongler avec les différents cadres. Par exemple, lors des entretiens, on trouve un cadre thérapeutique plus classique avec plus de distance, tandis que quand on partage des activités, les psychologues sont plus proches. C'est un travail thérapeutique mais « hors cadre » et la relation se tisse plus facilement. Le cadre est plus souple, plus accessible, l'ambiance plus conviviale.

Comment intégrer le Self-Help dans un programme de soins ?

Nicolas : le self-help est une des dimensions de la prise en charge proposée à l'asbl. Il rend le programme de soin classique : suivi psychologique, revalidation cognitive, organisation du temps, gestion de projet, suivi psychiatrique... plus accessible et le patient plus partenaire de celui-ci.

Marc : L'asbl est un tremplin qui permet de s'ouvrir à une vie sociale plus importante et, progressivement, d'oser faire des activités seul. Le problème avec le self-help est que si tous ceux qui vont mieux, quittent l'asbl, il n'y a plus de self-help. C'est pour cela que j'aime bien continuer à venir régulièrement même si je vais bien. ●

Asbl Réflexions

Bd Saucy, 33 à 4000 Liège
04/343 13 31 - 0478/47.40.92
www.asblreflexions.be
asbl.reflexions@skynet.be



La Charabiole

Enrayer le cercle vicieux qui s'établit trop souvent à la sortie d'une hospitalisation psychiatrique entre retour au logement sans suivi, isolement et rechute, c'est là que se situe l'intérêt de « La Charabiole » qui vise une reprise de contrôle sur sa vie (« empowerment ») et une valorisation de soi. Le projet d'une équipe, partagé avec les membres du Club, ... témoignages à l'appui !

Denis COLLET, Psychologue
Geneviève, Frédéric et **Fernand**, membres
La Charabiole, Namur

Le projet du Club « La Charabiole » se réfère aux théories de la Réhabilitation psychosociale. L'objectif est de permettre aux personnes souffrant d'un trouble psychologique de fonctionner dans l'environnement de leur choix avec un minimum de soutien et un maximum d'autonomie et de satisfaction. Il s'agit d'être disponible lorsque la personne se retrouve

confrontée à une perte de contacts sociaux, de travail ou d'activités stimulantes, avec risque de rechute.

Participer

Pour y arriver pleinement, l'équipe de « La Charabiole » désire sortir de la dyade « soignant-soigné ». Un premier pas dans ce sens repose sur la notion de « membre » et plus de patient. Chacun gère son emploi du temps au Club comme il le désire, la participation aux ateliers est libre.

Les membres participent activement au fonctionnement organisationnel ainsi qu'à l'animation des activités. Ils ont contribué pleinement à l'inauguration de « La Charabiole » en réalisant les invitations et les visites ainsi qu'en donnant des explications sur le fonctionnement du Club. Des membres veillent à l'organisation matérielle, par exemple recharger les distributeurs de boissons, gérer les déchets ou décorer les locaux.

D'autres animent des ateliers de soins esthétiques, d'écriture, de préparation de la soupe, de boulangerie ou encore de pâtisserie. Valorisation et responsabilisation s'inscrivent dans les processus de rémission et de rétablissement. En participant et en s'impliquant dans les activités, les membres du Club peuvent retrouver un rôle et une fonction au sein d'une organisation. C'est un facteur important qui augmente les chances de se rétablir.

« La Charabiole » a donc pour objectif global de diminuer les risques d'une rechute, de favoriser la rémission des troubles psychologiques mais également de renforcer et de maintenir le rétablissement des personnes.

« Je passe de service en service. Pour des problèmes de sommeil. Je pense que je suis fou et je n'ai aucune réponse. C'est une souffrance terrible. Je prends des médicaments. Le traitement n'est pas au point. Je suis seul, je n'arrive plus à travailler. Après une nouvelle hospitalisation, je suis orienté dans une communauté thérapeutique. Ça me permet de souffler. J'y fais une thérapie qui me fait sortir toute ma vie. J'y travaille. Je me déculpabilise. Mais je n'y reste que 2 ans. Je me loue un studio, je n'ai rien, je suis seul. Je dois aller au CPAS. Je rechute. J'ai des angoisses. Je retourne à l'hôpital... puis en maison thérapeutique. Un administrateur de biens regarde pour régler mes dettes. (...) Je reviens vers Namur, là où se trouve ma famille... Après un passage encore ailleurs, j'arrive ici aux IHP « L'Espoir » où je me pose depuis 3 ans et demi. et c'est le bonheur ! Au Club, j'apprends à comprendre ma maladie. A plusieurs, on voit ce qui se passe, avec le psychologue et le psychiatre, on parle de la maladie, de l'hygiène corporelle, de la médication. Quand on a besoin de quelqu'un, on peut toujours téléphoner. J'ai participé au groupe et puis j'ai recommencé pour faire part de mon expérience aux autres. Vivre seul, c'est dur. Le vendredi, il y a un repas. On le prépare ensemble. Je m'occupe aussi du journal ; et de l'atelier « expression et créativité » (avec Frédéric) où on s'exprime en utilisant des outils comme la peinture, le modelage, ... »

Fernand

« Ici, je me sens en sécurité parce que je suis entouré par les éducateurs et les autres membres... J'ai accepté ma différence. Je suis différent comme les autres... Je ne suis pas jugé. J'ai trouvé des réponses aux questions sur ces différences et je fais quelque chose tous les jours. Il y a les médicaments, mais le plus important, c'est le travail que je fais par rapport à moi-même. Le fait qu'il y ait des activités me permet de faire un travail au jour le jour et de vivre avec la maladie. Un peu tous les jours, j'ai des réponses à mes questions, et ça m'ouvre les yeux, je sors de ma bulle, je me socialise. Poser des actes, c'est important. Pour y arriver, il faut s'accepter... Je participe à l'atelier « Psycho-éducation » où je me renseigne sur ma pathologie. Je m'investis en lisant pas mal de livres et je m'identifie par rapport à ce que je lis dans le livre et c'est ce que j'ai vécu. (...) Jour après jour, je retrouve mon identité, celle que j'avais égarée. »

Frédéric

La valorisation de soi passe également par la possibilité pour tout membre de « parrainer » les nouveaux arrivants. D'emblée, les membres du Club participent aux entretiens d'information destinés aux futurs inscrits. Dans ce cadre, ils peuvent donner une vision réaliste et directement en rapport avec les demandes de la personne intéressée par le Club.

Tous les trois mois se tient une réunion d'organisation rassemblant des membres du Club ainsi que des personnes de l'équipe. Ces réunions permettent d'informer l'équipe des demandes et des propositions quant au fonctionnement de « La Charabiole ». Un comité y a été constitué, celui-ci est également un relai pour faire entendre la voix des membres.

En marge du cadre strict des soins

Le Club essaie de sortir de la vision stricte d'une structure de soins et propose notamment des activités animées par des intervenants extérieurs. Un groupe de djembé et un atelier créatif ont lieu sous cette forme. Cela permet aux membres d'être en contact, non seulement avec des soignants et professionnels de la santé mentale, mais également avec des personnes qualifiées dans d'autres domaines.

Les activités thérapeutiques gardent toutefois leur place à « La Charabiole ». Le Club propose chaque semaine des groupes d'affirmation de soi, de relaxation, de remédiation cognitive et de psycho-éducation. Certains groupes suivent un programme déterminé et spécifique à certaines difficultés, par exemple les troubles bipolaires. Ces groupes sont fermés, c'est-à-dire proposés à des personnes atteintes de problèmes bien précis et le nombre de participants reste invariable du début à la fin. La remédiation est proposée sous le même schéma également. D'autres groupes sont ouverts et les participants amènent leurs questions et leurs problèmes. La psycho-éducation n'y est pas appliquée sous la forme d'un programme déterminé, sur base d'un certain nombre de séances mais de manière plus souple, en rapport direct avec les difficultés quotidiennes des participants. Le groupe affirmation de soi suit le même principe : les situations traitées en séance sont celles qui concernent directement les participants dans leur vie de tous les jours.

On peut supposer que le Club psycho-social « La Charabiole », par son modèle de soutien et de participation active des membres, a un impact thérapeutique. Il pourrait être intéressant dans un futur plus ou moins proche d'évaluer de manière rigoureuse l'efficacité d'une telle initiative. La comparaison de deux groupes d'individus à la sortie d'une hospitalisation psychiatrique, l'un bénéficiant d'une participation à « La Charabiole » et l'autre pas, pourrait permettre d'affiner et, nous l'espérons, de confirmer les sentiments encourageants de résultats observés jusqu'à ce jour au sein du Club. ●

¹ Bibliographie, référence 2

« J'ai une histoire mouvementée. Je ne sais pas quelle est ma maladie parce que j'ai vu 5 psychiatres qui m'ont chacun attribué une pathologie différente. J'ai été placée très jeune. Je suis révoltée. Je voulais montrer ma souffrance. On ne m'a pas comprise. J'ai été en psychiatrie. On m'a donné des médicaments. Je faisais des crises d'angoisse. J'avais beaucoup de violence en moi. Je ne comprenais pas pourquoi je devais prendre des médicaments. A l'école, les enfants croyaient que je me droguais avec mes médicaments, je n'avais pas d'amis, pas de parents. J'ai connu beaucoup d'institutions. Dans l'une d'elles, j'ai repris confiance dans les adultes (et donc dans moi-même) grâce à une psychologue. J'étais hospitalisée à chaque crise mais je revenais en institution après et les professeurs ont été compréhensifs pour ma scolarité. La maladie était dure à vivre. Je ne l'acceptais pas. La psychologue m'a beaucoup aidée. Après, j'ai été mise en autonomie, en kot, mais ça a foiré parce que j'étais seule, déprimée, ... Retour en psychiatrie. Puis en IHP. Renvoi pour cause de prise de produits. SDF... et ainsi de suite... A nouveau à la rue, j'ai demandé un administrateur de biens. Je lui ai tout expliqué. Elle me suit partout. Elle m'a prise sous son aile et c'est ce dont j'avais besoin. Elle m'a sortie de la rue. J'ai été mise en observation à ma demande. J'ai repris confiance dans les adultes. On m'a appris à faire autrement que le recours à la violence, à aller vers les autres, à parler... J'ai pu le mettre en pratique, progressivement... Je suis encore allée en hôpital et en IHP, où je ne me suis pas toujours sentie respectée... jusqu'à mon arrivée ici il y a un an où, après un passage par l'hôpital et l'IHP, je me suis installée en kot supervisé. Je vais régulièrement à la Charabiole. Même si je ne fais pas d'activité, je rencontre des gens, je ne suis pas seule du matin au soir. La journée passe plus vite. En même temps, j'ai un suivi. Il y a toujours quelqu'un de disponible. Toujours quelqu'un de garde aussi et c'est rassurant. En kot, j'avais peur de la solitude, de ne pas savoir gérer... Je suis demandeuse de l'adulte. On n'est pas forcé de participer... Les gens sont différents, les pathologies sont différentes. On parle de tout, et pas seulement des problèmes, de la pluie et du beau temps. Il y a toujours une activité qui plaît. Au début, c'est difficile de se remettre dans un rythme. Mais c'est rassurant. Je me sens traitée comme un être humain, pas comme un patient. »

Geneviève

La Charabiole est une initiative de l'IHP « L'Espoir », une asbl fondée en 1982. Elle propose des habitations communautaires, des studios ainsi que des accompagnements à domicile.

Le club thérapeutique « La Charabiole » existe depuis septembre 2005. Inaugurée officiellement en mars 2006, l'initiative a remporté le 3^{ème} prix des Lilly Reintegration Awards de cette année.

« La Charabiole »,

route de Gembloux, 179 à 5002 Saint-Servais (Namur)

081/58.81.43 - ihp.espoir@skynet.be - <http://users.skynet.be/ihp.espoir/>



« Chut ! Un peu de silence ! J'arrive pas à me concentrer... J'écris ! » Le Racont'art : un atelier d'écriture dans un centre de psychiatrie infantile

De l'idée lancée sous forme de boutade au moment de la préparation du XXX^{ième} anniversaire des Goélands : « *Mais pourquoi ne pas écrire avec les jeunes ?* » à sa réalisation au sein du Racont'Art : « *Chut ! Un peu de silence ! J'arrive pas à me concentrer... J'écris !* », le projet a fait son chemin... pour le bonheur de tous, jeunes et adultes, qui se sont découverts « autrement » ! Parcours d'histoires croisées au sein d'un atelier.

Corinne LAURENT

Atelier « Apprendre, c'est pas sorcier ?! », Les Goélands, Spy

De l'idée...

L'atelier d'écriture « Le Racont'art » est né lors d'une réunion qui rassemble tous les travailleurs de l'institution. Le directeur et les « psys » nous proposent de réfléchir et d'écrire pour une exposition dans le cadre du XXX^{ième} anniversaire du Centre.

Le thème générique de la journée est « Malaise dans l'institution » : quelles sont les impasses dans notre pratique quotidienne, face à la clinique que nous montrent les enfants et les adolescents ?

Je lance alors : « Mais pourquoi ne pas écrire avec les jeunes ? ». Je pense que nous sommes tous concernés : ceux qui travaillent dans l'institution mais aussi ceux qui y vivent et pour qui elle est un abri, un asile ou un refuge, parfois à leur corps et leur cœur défendant, un lieu de soin, de traitement mais aussi un lieu de séparation et de souffrance.

Pourquoi ne pas faire ensemble, avec les jeunes, cet état des lieux de notre institution ? La proposition fait écho chez quelques adultes. L'idée est retenue. Il faut qu'elle se découvre et se vive.

... au projet

Nous décidons de nous rencontrer le lundi, deux fois par mois, de janvier à mai. Il s'agit d'écrire sur la vie en institution.

Les écrits seront destinés à être publiés dans un hors saison de « L'Écho est lent », le journal de l'institution, écrit et produit avec les jeunes depuis

quelques années.

L'atelier est ouvert à tous, enfants, adultes, adolescents. C'est une proposition et non une obligation. Les adultes y viennent en leur nom propre, ou accompagnent un jeune. Les jeunes peuvent faire appel à un adulte en cas de difficulté à écrire ; l'adulte se fait alors le secrétaire de l'enfant.

et à sa mise en oeuvre

Dans les réunions préliminaires, j'avais imaginé des possibilités d'éclatement du groupe pour éviter de devoir tous écrire dans la même pièce, ce qui paraissait difficile pour certains.

Elles ne seront jamais utilisées... J'ai juste dû changer les tables de place pour modifier l'espace intérieur du local et éviter ainsi la répétition d'un conflit qui avait opposé de mêmes acteurs sur la même scène.

J'ai voulu donner une forme classique à cet atelier d'écriture. Après la communication des consignes, l'atelier se divise en deux temps : un temps d'écriture et un temps de lecture où chacun lit à tour de rôle ce qu'il a écrit.

Lire...

Je craignais que ce temps de lecture et d'écoute soit chahuté, difficile à vivre pour certains. Mais un véritable phénomène de groupe s'est installé. Il s'avère que ce moment est très attendu par tous les jeunes. Spontanément, ils se sont mis à applaudir après la lecture de chaque texte.

A la fête avec les jeunes¹, nous avons invité un groupe de jeunes « breakers » : ceux-ci se placent en cercle, frappent dans leurs mains au rythme de la musique, et chacun à son tour se place au milieu du cercle pour y danser selon les mouvements de sa chorégraphie. En les regardant évoluer et être si respectueux du temps de chacun, j'ai pensé qu'à l'atelier, cela se passe ainsi autour de l'écriture.

Les jeunes ont d'abord eu du mal à respecter le temps de lecture des adultes, mais je le leur ai fait remarquer et j'ai ensuite alterné enfant, ado, adulte...

... et écrire

Chacun s'implique personnellement dans l'écriture. La consigne que je donne est la même pour tous.

Des adultes sont perdus, demandent des précisions, soufflent, disent : « Je n'ai pas d'idée ». Certains oublient d'être « soignants » et réclament le silence pour pouvoir se concentrer... et l'obtiennent !

Les jeunes sont pris dans le mouvement. Ils prennent au sérieux cette écriture où chacun se mouille de la même manière.

Chacun déroule son écriture avec son style personnel qui s'affirme d'une séance d'atelier à l'autre.

Même si écrire sur la vie en institution est toujours en toile de fond, il est remarquable de constater que les textes deviennent de plus en plus personnels, particuliers et singuliers.

L'atelier n'est pas épargné par l'angoisse et les difficultés de certains jeunes à être avec les autres - pourquoi le serait-il ? - mais une force est née de cette mise en mots particulière à chacun qui se traduit dans l'écriture autour d'un thème commun et qui reçoit une écoute du groupe où chacun réagit individuellement.

Des jeunes - parfois peu estimés par les autres - écrivent des textes qui nous émerveillent.

« Dans ma tête
Court une jambe
Crie un enfant
Souffle un poumon
Tape un coussin
Repose un fauteuil
Neige un ours blanc
Roule un cerceau
Pousse une courgette rouge
Tombe un pantalon
Jouent des blocs
Creuse une pelle
Saute un chat
Arrive un croche-pied
Coule du plâtre
Brûle un feu
Dort un matelas
Swingue un bâton de golf
S'accorde une guitare. »

Quand nous le manifestons à la lecture de leurs textes, ils sont étonnés et surpris. De ces rencontres différentes subsistent des traces dans nos rencontres actuelles. Des fragments de textes scintillent nos souvenirs.

L'atelier comme si vous y étiez

Extrait d'une séance d'atelier : la consigne d'écriture que je donne est : « Vous écrivez une lettre à ceux que vous ne verrez plus. Vous y glissez les mots : maison - cœur - valise ».

Il faut d'abord expliquer le mot « lettre ». Les adolescents présents ne le comprennent pas. S'agit-il de la lettre qui est dans le mot ? Ca veut dire quoi écrire une lettre ? On va la poster ? Chacun se met à écrire.

Le temps de la lecture des textes débute.

Y. a adressé une lettre à chacun des adultes présents, il les a glissées dans des enveloppes où il a dessiné un cœur. Il les distribue. Nous les ouvrons. Il a écrit :

« Chère S. mon cœur Je vais faire ma valise pour aller dans une autre maison. »

Un adulte a écrit :

« Cher père,
Quand tu as quitté la maison
Pour aller à l'hôpital
Soudainement ton cœur s'est
Refermé comme une valise
Plus de battements, plus de bruits audibles
Le silence... »

Une autre adulte dont le père vient de décéder quitte la pièce, bouleversée. Les adolescents et les enfants s'inquiètent de voir un adulte confronté à la tristesse et veulent en comprendre les raisons.

Un enfant a écrit :



« (Je parle de mon papa (réel))
Papa, tu es parti.
J'ai le cœur brisé.
Tu as fait tes valises.
Tu es parti de la maison.
Je te donnerai une rose.
Au revoir papa. »

Une adolescente a écrit :

« Vincent chéri,
C'est pour te dire que je t'aime pour la vie, on ne se quittera jamais, tu resteras toujours dans mon cœur même quand tu n'es pas là, la première fille qui me pique mon Vincent chéri, elle aura affaire à moi, je t'aime, on ne se quittera jamais.
Bisou. N. qui t'aime. »



Une adulte a écrit :

« Voilà, le grand jour est enfin arrivé.
Après bien des hésitations, des retards causés par des problèmes administratifs, la date de mon départ est enfin fixée.
Mes valises sont presque bouclées.
Bien que l'envie de découvrir ma nouvelle maison, ma nouvelle rue, ma nouvelle ville soit très présente, je ne peux m'empêcher de ressentir des pincements au cœur à l'idée de ne plus vous revoir régulièrement. Je ne suis pas encore partie pourtant le manque de vous m'habite.
Des souvenirs défilent.
Je souhaite qu'ils se gravent à tout jamais dans ma mémoire.
Je ne puis imaginer que nous ne trouvions les moyens de faire en sorte que nos chemins se croisent à nouveau. »

Après la lecture de son texte, des adolescents manifestent leur désarroi et leur étonnement à son auteur : « Quoi, tu vas partir ? Mais pourquoi ? ».

Je ne peux vous donner l'intégralité de tous les textes qui ont été écrits ce jour-là. Mais vous pouvez déjà vous rendre compte de la diversité des thèmes abordés à partir d'une même consigne d'écriture.

L'atelier est terminé. Je rassemble les textes et les dessins dans la revue.

Chacun va bientôt l'avoir en main et devant les yeux. Le temps de la lecture va venir. ●

Le Centre de Psychiatrie Infantile
« Les Goélands » accueille des enfants et des adolescents gravement perturbés, autistes et psychotiques, 12 enfants et 14 adolescents. Il a fêté son XXX^{ième} anniversaire ce 22 juin à Wépion, lors d'un colloque convoqué sur le thème : « Malaise dans l'Institution ».
Rue Haute, 46, 5190 Spy - 071/ 78 79 04
cpi@lesgoelands.be
Atelier « Apprendre c'est pas sorcier !? » :
ateliercpcasorcier@lesgoelands.be

¹ Il s'agit de la fête annuelle des Goélands. Elle rassemble chaque année, au début de l'été, toutes les personnes de l'institution : enfants, adolescents et adultes.



Se faire entendre, se faire comprendre...

Depuis 2004¹, une petite équipe de santé mentale spécialisée, située à Namur sur les hauteurs de la citadelle, propose ses services aux personnes sourdes en Région wallonne. Un accueil de qualité, construit sur une bonne connaissance du public, pour permettre, chaque fois que c'est nécessaire, une rencontre qui fera histoire dans le parcours de ceux qui ont parfois plus de mal que d'autres à se faire entendre...

Rencontre avec **Inès GUERREIRO** et **Aude ROUYR**
Service de santé mentale pour personnes sourdes, Namur

Une interview réalisée par **Christiane BONTEMPS**, IWSM

Madame X est arrivée au SSM sur les conseils de sa famille. On lui a dit d'aller voir un psychologue. Elle a trouvé notre service via Internet. Je la reçois mais je sens qu'elle n'est pas motivée. Quand je lui demande : « pourquoi est ce que vous venez », elle répond « mon mari m'a conseillé de venir (...) ». Lorsque j'insiste pour savoir ce qu'elle en pense, elle répond : « et bien, je ne sais pas pourquoi je suis là ». Tout le travail a été de lui faire comprendre qu'elle venait seulement si elle-même en avait envie et qu'elle pouvait faire confiance. Alors que je m'apprêtais à lui dire de ne plus venir, d'autant plus qu'elle se déplaçait de loin..., on a fait le génogramme de sa famille et là, il y a eu un déclic, elle a compris, tout d'un coup, que ça lui faisait du bien, qu'elle pouvait s'exprimer, parler de son enfance, de ses relations avec les autres, ... Et la fois suivante, elle m'a demandé deux rendez-vous. Elle m'a dit « quand je suis repartie à la maison, j'étais mieux qu'avant de venir ». Elle avait compris que le fait de s'exprimer pouvait être positif.

Cette maman insiste pour que son fils vienne. C'est un adolescent. Il avait déjà rencontré un psychologue, sans succès. Il est violent, il a des problèmes de comportement et se fait régulièrement renvoyer de l'école. Cela pose de grosses difficultés à sa maman qui insiste pour qu'il voie un « psy ». Lors du premier entretien, il n'a presque pas parlé. Maintenant, cela fait à peu près un an que je le vois en consultation et je sens que, petit à petit, même s'il n'est pas encore motivé, il y a une confiance qui s'installe. Il s'exprime sur ses difficultés, sur son adolescence, ... Un lien s'est mis en place. Quand je propose un rendez-vous, il y vient. C'est important d'avoir une régularité. Avant, il

refusait de rentrer dans la voiture pour aller chez le psychologue... Aujourd'hui, on peut dire qu'il a progressé, il vient de manière spontanée, parce qu'il y a un rendez-vous.

Deux vignettes comme tant d'autres... et pourtant tellement différentes car, pour que ces rencontres puissent se faire, un dispositif spécifique devait se mettre en place. Il ne suffit pas d'avoir un local et une équipe...

Se (faire) comprendre

L'équipe travaille sans interprète. Connaître la langue des signes aussi bien que le langage oral est une des conditions à l'engagement. La plupart des entretiens se font en langue des signes, mais les choix, quels qu'ils soient, sont respectés. Parfois, certains parents refusent que leur enfant utilise la langue des signes alors que d'autres l'apprennent eux-mêmes pour pouvoir communiquer en famille. Habituellement, le travail s'organise en co-thérapie pour accueillir parents et enfant, chacun dans son langage. Parfois, il arrive qu'une personne sourde refuse de consulter un psychologue sourd craignant pour la confidentialité, parce que les sourds se connaissent et les rumeurs se répandent vite. Le travail de l'équipe sera alors de faire comprendre que les intervenants respectent le secret professionnel. Mais, parfois, c'est l'intervenante entendante qui devra recevoir le consultant. La communication s'appuie en outre, sur différents supports, anciens ou actuels : lettre, courriel ou sms... Rappeler qu'on est disponible, par exemple après un rendez-vous manqué, peut toucher la personne. Ici, on ne peut

se limiter au rendez-vous, il faut aussi, pouvoir sortir du cadre de l'entretien classique...

Se (faire) respecter

Pour rencontrer une personne sourde, il ne suffit pas de se faire comprendre, il faut aussi pouvoir respecter sa culture. Les personnes sourdes font en effet partie d'une minorité linguistique. Elles ont des particularités et une histoire qu'il est essentiel de connaître avant de s'engager avec l'une d'elles dans une relation thérapeutique. Méfiance des pys, crainte des rumeurs, difficulté de communication, ... autant d'obstacles à franchir pour que quelque chose se mette en place avec ceux qui, à une époque pas si lointaine, étaient considérés comme fous et enfermés dans des institutions psychiatriques.

Dépasser l'image de la folie

L'information, constitue un des axes essentiels du travail du SSM. Il vise à déstigmatiser le contact avec le « psy », tout en permettant aux intervenants de rencontrer les personnes sourdes et de se familiariser avec leur culture. Participer à des activités communes, c'est mieux connaître les consultants : leurs intérêts, leurs réactions, ... Un travail qui se fait en partenariat avec les associations locales et au moyen de supports qui se doivent d'être particulièrement simples et visuels. Il faut aussi pouvoir dépasser les résistances des sourds face à des entendants qui « amènent leur savoir », face auxquels ils se sentent vite agressés ou critiqués, craignant toujours d'être considérés comme fous. Ce travail s'appuie aussi sur l'information des autres services, l'envoi de brochures, la rencontre des partenaires, la présence dans les écoles, ...

Le Service de Santé Mentale pour personnes sourdes est subventionné par la Région wallonne comme mission spécifique. C'est une antenne du SSM de Jambes. Des consultations décentralisées sont proposées à Namur, Arlon, Liège ou La Louvière.
Infos : Avenue Baron Fallon, 32 à 5000 Namur
0498/26. 08. 62 - ssms@skynet.be

¹ Voir présentation du service dans Confluences n° 4, déc. 2003, p.22



Accompagner pour impliquer...

Le SIAJEF a pour visée principale de maintenir dans leur milieu de vie des personnes souffrant de problèmes de santé mentale, en situation de détresses multiples : maladie, solitude, assuétudes, précarité sociale, culturelle ou financière, ...

C'est au fil du temps que ce service de proximité s'est développé. La pratique s'est affinée et l'équipe s'est spécialisée. A ce jour, quinze professionnels conjuguent leurs efforts pour faire progresser le projet au jour le jour.

Le rôle de ces intervenants peut se résumer en un mot : « Accompagner ». Et souvent, dans les situations rencontrées, l'accompagnement peut au départ être quasiment total : soutien quant aux besoins vitaux (alimentation, hygiène, ...), aide au logement, à la gestion médicamenteuse, financière, administrative, écoute... Ce qui revient à dire que la présence aux côtés de l'utilisateur doit être adéquate, répondre à ses besoins et varier en fonction de son évolution.

L'objectif final de la prise en charge est de redynamiser la personne, de réduire sa marginalisation, son exclusion et de la réinsérer dans son milieu de vie (qu'elle n'aura idéalement pas quitté).

Le Siajef travaille sur un territoire de référence de 26.000 habitants, ce qui permet au service d'être accessible à toute personne du territoire et aux travailleurs d'être mobiles, disponibles et proches de leurs usagers.

Infos : www.psychiatries.be

- Siajef, service intégré d'aide et de soins psychiatriques dans le milieu de vie
Rue Maghin, 19, 4000 Liège - 04/228.98.98
info@siajef.be
- Revers, dispositif local d'insertion par la culture - Rue Maghin 76, 78, 4000 Liège
04/351.74.93 - info@revers.be
- Article 23 asbl, dispositif local d'insertion par le travail - Pl. Emile Dupont 1, 4000 Liège
04/223.38.35 - infos@article23.be

Avec Jean, faisons la connaissance du « Siajef », une initiative d'aide psychiatrique qui se développe à Liège depuis maintenant 22 ans. Sa trajectoire particulièrement mouvementée et le projet de vie qu'il a développé avec le soutien du Siajef et de son entourage témoigne d'un autre possible dans les relations soignants / soigné.

Emmanuelle BALTHAZART, Directrice
Cécile VAN ERCK, Intervenante psychosociale
Siajef, Liège

Jean a 44 ans. Il a d'abord été en décrochage scolaire, puis est passé par « *la maison du juge pour délinquants, de multiples hospitalisations en psychiatrie, en centre d'hébergement AWIPH, en centre de jour avec logement dans une chambre garnie, en appartement supervisé, à nouveau des ré-hospitalisations en psychiatrie, puis en appartement avec l'aide d'un service d'accompagnement pendant 5 ans* ». Il est aujourd'hui suivi par le Siajef, dans ce même appartement, depuis 2 ans.

Son projet de vie

« *Mon projet... avoir un appartement, avoir mon appartement, être bien dans mon appartement... aller me promener dehors... aller au « Cheval Bleu » (restaurant où il a un abonnement repas). Me lever, sortir, aller au siajef prendre mes cachets, progresser, m'obliger à sortir pour progresser.* »

Nous rencontrons Jean chez lui. Son appartement est dans un état d'hygiène déplorable. L'entourage professionnel est dépassé. Son maintien en milieu de vie est en péril... Nous proposons une concertation. A cette occasion, tous les intervenants sont présents : l'administrateur de biens, le médecin traitant, l'assistante sociale de la maison médicale, les aides familiales, l'assistante sociale du service d'accompagnement, le directeur du centre d'hébergement où il a vécu. Jean prend la parole en premier : il ne veut pas retourner à l'hôpital. Les différents intervenants sont du même avis : Jean

peut arriver à garder son appartement s'il accepte plus de soutien. Il est proposé que le siajef devienne le service référent pour coordonner les aides et les soins.

Le Siajef dans le projet de vie

« *On ne parle pas vraiment de mon projet, je parle toujours de mes angoisses. J'ai expliqué que je m'étais laissé aller. On est allé à la maison médicale. Mon médecin ne voulait pas un appartement supervisé, pour lui, c'était repartir à zéro. Mon administrateur l'a dit aussi. Puis on a décidé d'aller au siajef. J'ai décidé aussi. J'ai commencé à prendre mes repas au Cheval Bleu. C'était dur au début, c'était nouveau. Un travailleur du siajef m'a accompagné. Mon référent avait demandé pour que je m'intègre. Mais même avec quelqu'un, c'était un peu dur quand même. Puis, je suis allé tout seul, j'ai pris l'habitude. On fait des réunions avec mon référent pour mettre les choses en place, pour dire ce qui ne va pas. Je parle à mon référent de mes peurs. Je n'ai plus envie de retourner à l'hôpital ! A l'accueil aussi quand je vais chercher mes cachets, je raconte mes peurs. Pourvu que ça dure.* »

L'accompagnement au traitement

« *J'ai commencé à prendre mes cachets au siajef : 2 risperdal, 2 clopixol, 1/2 temesta, pour les angoisses... je crois que le risperdal, c'est un antidépresseur, ça me fait du bien. Le psychiatre m'a dit de*



vivre au présent, de penser à moi, de ne pas donner mes affaires à tout le monde, parce qu'après ça m'angoisse. J'y tiens à mes cachets. Quand je prends mes cachets, je progresse ».

L'accompagnement au traitement est négocié avec le référent et la psychiatre. La négociation aborde des questions telles que : Le traitement est-il adapté ? Qui le prescrit : le médecin traitant ou la psychiatre ? L'usager comprend-il ce qui est prescrit et pourquoi ? En quoi est-ce important ? A-t-il de l'argent pour aller le chercher ? Peut-il y aller seul ? Faut-il l'accompagner ? A-t-il besoin d'un soutien pour le prendre correctement ? Quel type de soutien ? Un semainier, une prise quotidienne, trois fois par jour ? S'il ne vient pas, en quoi est-ce un risque pour lui ? A ce niveau, nous utilisons deux outils :

- Le « contrat de soutien à la gestion du traitement », co-signé par la personne et le travailleur référent. Il est limité dans le temps afin d'évaluer régulièrement cet accompagnement (passer d'une prise quotidienne à un semainier, autonomisation...).
- Le « Guide des psychotropes », construit sur le modèle québécois. Ce guide explique certains termes médicaux, et pose des questions afin d'amener la personne à réfléchir sur son traitement, sa composition, l'utilité et l'objectif de chaque médicament, les aspects positifs et négatifs. Il est discuté avec le travailleur référent et la psychiatre.

Le logement et les aides à domicile

« J'ai toujours eu besoin de quelqu'un pour m'accompagner. Je laissais tout aller. Les aides familiales ne venaient plus, elles ne pouvaient plus. On ne savait plus comment faire pour ranger, encore perdu, encore tout ça à faire ! On a fait une réunion avec mes deux référents et elles. On a fait venir les ouvriers. Ils ont mis des produits. Alors elles sont revenues, à condition que je sorte mes poubelles. C'est moi qui l'ai faite, la salle de bain. Mercredi, on fait les courses. Je m'entends bien avec elles, elles sont gentilles. Je ne me laisse plus aller, ça va mieux ».

Le travail avec les coordinations de soins à domicile et les services d'aide familiale est précieux. Au départ, nous prenons le temps avec la personne de tester ses capacités et son autonomie dans les tâches quotidiennes. Nombreux sont ceux qui, comme Jean, ont besoin de réapprendre ces gestes. Ensuite, nous organisons des concertations régulières (au siajef ou chez la personne) pour adapter l'aide et soutenir tant la personne que les aides familiales.

L'insertion par la culture ou par le travail

« J'aimerais bien aller à revers (dispositif d'insertion par la culture), mais je n'y arrive pas... Je ne peux pas tout le temps rester enfermé ici, j'ai des angoisses, c'est pas bien ! J'ai besoin d'être secoué, j'ai pris des mauvaises habitudes. Maintenant ça va mieux. C'est important d'avoir du soutien, on ne fait jamais tout à soi tout seul. Quand je bouge pour aller au Cheval Bleu, prendre mes cachets, ça m'aide à progresser, à boire moins de bières. Je voudrais arriver à aller à revers. »

Les activités d'insertion culturelle ou socioprofessionnelle sont des outils majeurs qui permettent aux personnes de s'inscrire dans des structures collectives et à travers cela de s'insérer dans la communauté, sortir de leur solitude, redécouvrir des compétences, potentialiser leurs ressources et se renforcer.

Il arrive que les personnes soient motivées et demandeuses. Le rôle des intervenants est alors de les accompagner dans leur recherche. Souvent, les personnes ont perdu l'habitude de se retrouver dans des structures collectives. Tout le travail consiste à leur permettre de dépasser leurs peurs, comme dans le cas de Jean. C'est alors un long chemin à parcourir pour l'intervenant comme pour la personne. Un chemin fait de propositions, de négociations, d'essais, d'erreurs, d'encouragements...

Les concertations avec l'entourage

« Je voulais de nouveau avoir mes repas à domicile. On a fait une réunion avec l'avocat

(administrateur de biens) et mon référent. L'avocat voulait que j'affronte mes peurs. Je me suis dit : je vais essayer. Je n'aime pas les réunions mais c'est moi qui ai demandé, ça m'aide, ça me donne les moyens pour progresser, ce que je dois faire, ne peux pas faire... Aux réunions avec mon avocat, ça marche mieux quand il me secoue. Je participe, je parle de mes peurs, je vais chercher des vêtements avec un travailleur du Siajef, je fais des réunions avec l'aide familiale, je vais chercher mes cachets, je vais manger au Cheval bleu, je parle de mes peurs. J'ai peur que les choses ne restent pas en place ».

Pour nous, soutenir une personne, c'est aussi l'aider à mieux se situer dans son environnement, dans ses relations avec les autres. Des concertations sont donc organisées dans ce sens de manière régulière.

Conclusions

Cette histoire témoigne que l'aide psychiatrique dans le milieu de vie, comme nous la pratiquons au siajef, nécessite de se mettre à côté de la personne, de chercher avec elle ses solutions, de perpétuellement ajuster notre style, notre rythme au sien et de l'impliquer à tous niveaux. C'est une co-construction permanente.

Cette manière d'aborder les personnes qui souffrent de santé mentale exige des intervenants énormément de créativité et comporte des risques : fatigue, manque d'inspiration, essoufflement, perte de sens, ...

La « réflexion à plusieurs » permet de limiter ces risques et d'optimiser la créativité. C'est pourquoi, il est essentiel, pour nous, de réfléchir régulièrement, en équipe, avec la personne, et avec ses entourages naturels ou professionnels. C'est aussi par ce biais que les intervenants aident la personne à se réapproprier les diverses dimensions de son existence afin qu'elle puisse rester dans la communauté. ●

¹ Bibliographie, référence 18

Le Travail est-il thérapeutique ?

Le travail est-il thérapeutique ? Bien sûr, car il peut être valorisant, structurant, collectif. Mais tout dépend des conditions de travail. Le travail peut être un outil de soin. Article 23 asbl accueille tous les jours 30 stagiaires dans ses ateliers ; autant de personnes pour lesquelles l'économie sociale constitue un soin spécifique dans lequel ils occupent une place originale, dans le cadre d'une relation particulière.

Jean-Michel STASSEN,
Directeur Article 23, asbl, Liège

Les personnes psychiatisées sont régulièrement exclues de la plupart des filières de travail. Nous avons donc créé un espace qui permette à ces personnes de s'intégrer dans un travail réel quel que soit le niveau de départ. Cet espace peut offrir des passerelles vers le travail en général et vers l'emploi en particulier. Nos partenaires psychosociaux (dont le Siajef) assurent le suivi des personnes parallèlement au stage, mais également avant et après le stage. Celui-ci n'est donc qu'une pièce d'un puzzle dans un suivi global et à plus long terme. La liaison entre ces partenaires, les stagiaires et Article 23 est assurée par des agents d'insertion. Car les ateliers sont gérés et encadrés par des professionnels (cuisiniers, ouvriers polyvalents, graphistes, ...).

L'Atelier « Le Cheval Bleu »

Le Cheval bleu permet de découvrir différentes ambiances collectives : lieux d'accueil, restaurants, bars, lieux culturels. Quant au service traiteur, il permet de

réaliser les préparations dans des endroits rassurants, avant d'aller vers d'autres clients. Cet atelier offre un large éventail de niveaux d'accès et d'évolutions : de la coupe des légumes jusqu'à la création de plats, en passant par la gestion d'un lieu d'accueil ou la blanchisserie. Travailler dans l'alimentation permet également d'être attentif à l'hygiène corporelle, l'hygiène alimentaire, de réapprendre à cuisiner, à cuisiner pour soi. Bref, à se respecter.

L'Atelier « Les métiers du bâtiment »

Il s'agit d'une entreprise qui réalise tous les travaux nécessaires à la transformation de logements ou de chantiers équivalents. Il permet ainsi de se frotter à des tâches variées. La réalité des horaires de chantier, la réalité des exigences techniques sont des éléments structurants. Le contact journalier avec les clients pousse les usagers à travailler leur apparence, leur maintien verbal, leur hygiène.

Une force de l'atelier réside dans la constitution d'une équipe. L'importance est donnée à la participation du stagiaire, à son application, à son implication dans le groupe. Il est accueilli quel que soit son niveau technique, pour autant qu'il retrouve ses manches.

L'Atelier « SGB communication »

Cet atelier développe des activités de secrétariat, graphisme, Internet et multimédia. L'atelier n'impose aucun prérequis. Il permet aux personnes disposant déjà de

certains acquis de les faire valoir et de compléter leurs compétences. Il permet aux autres d'apprendre et de prendre de l'assurance dans des domaines qui leur sont parfois inconnus.

Quel que soit le cadre, la structure d'Article 23 asbl permet aux stagiaires d'effectuer leur parcours à leur rythme. En s'insérant dans le processus de production des ateliers, les stagiaires sont immergés dans un monde cadré, dynamique et collectif. Un monde extérieur aux difficultés de leur vie quotidienne. Ce qui entraîne inévitablement une (re)structuration de leur fonctionnement, un retour à une vie active. Cela leur permet également de découvrir des points de repères,

« Toute personne a droit au travail, au libre choix de son travail, à des conditions équitables et satisfaisantes de travail et à la protection contre le chômage. »

Article 23 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme – ONU 1948

des valeurs de fonctionnement dans la société, une vision et une connaissance des droits et des devoirs liés au travail, aux rapports aux autres.

L'externalité du suivi psychosocial lié à la technique d'immersion dans de réelles entreprises

que sont les ateliers permet aux usagers d'être considérés comme des travailleurs, pas comme des malades. Les difficultés psychosociales sont travaillées à l'extérieur de l'atelier. Cette technique permet également aux encadrants, qui sont non-professionnels de la santé mentale, de garder une distance face à la souffrance. Leur travail devient donc : « Comment travailler avec les personnes, comment les insérer dans un processus de production ? », « Comment améliorer la qualité de vie, la qualité des relations dans l'atelier ? », « Comment donner aux stagiaires les moyens de s'autonomiser dans la société par le biais de l'insertion socioprofessionnelle ? ... Et pas « Comment soigner ? ».

Un peu comme en pédagogie active où l'on dit que l'enfant doit être acteur de sa pédagogie, la participation de l'utilisateur le rend acteur de son insertion, acteur de son processus de soin. L'utilisateur est donc acteur dans l'atelier. Il participe aux réunions d'atelier, auto-évalue sa participation et son évolution dans l'atelier, entre en contact avec les clients... La participation permet de briser ces images excluantes qu'on leur a tant jeté au visage : instables, irresponsables, incapables, dangereux,...



Article 23 asbl



Entre l'un et l'autre... L'arc-en-ciel

A La Traversière à Nivelles, L'arc-en-ciel dessine les bases de la relation qui se construit entre patients et soignants. En référence à la psychothérapie institutionnelle, il fonctionne comme un club thérapeutique où patients et soignants se retrouvent autour d'une même table pour prendre ensemble une série de décisions concernant les activités de la maison.

Rencontre avec **Freek DHOOGHE** et **Sandrine RASTELLI**,
La Traversière, Nivelles

Un entretien réalisé par **Christiane BONTEMPS**, IWSM

Cherchez à savoir ce qui fait « dé clic » dans la relation entre un patient et un soignant à La Traversière et on vous prendra pour un « extraterrestre »... Difficile en effet de dire ce qui fait qu'à un moment donné une personne se sent bien... alors que, si elle arrive un jour à La Traversière, c'est que, vraiment, elle est confrontée en permanence à des difficultés existentielles. Ici, on nous renvoie que quelqu'un qui va bien, c'est, par exemple, quelqu'un qui ne doit pas être réhospitalisé trop souvent. Difficile dans ces conditions que « quelque chose se mette en place »... et pourtant...

Communauté... thérapeutique ?

La Traversière est une institution de soins. On arrive, parfois, à mettre en place quelque chose avec un patient, tout en sachant que le lendemain il faudra sans doute tout recommencer... A La Traversière, on est déjà content quand la personne s'accroche un peu à l'institution... Si elle s'implique dans les tâches, dans les contacts, dans les groupes, si elle commence à prendre la parole, on est content... On se dit que c'est pas trop mal... C'est bien que la personne se sente bien et en même temps comme on est un lieu intermédiaire, un lieu de transition, il ne faut pas qu'elle se sente trop bien puisqu'elle ne pourra pas rester dans la maison.

La patience apparaît, en tout cas, comme une des qualités indispensables pour faire partie de l'équipe. Le travail qui s'engage avec chaque

résident est long... lent... et semé d'embûches... ! Parfois, certains patients arrivent à La Traversière avec un sac poubelle pour tout bagage, avec des vêtements qui ne sont même pas à eux... qu'ils ont reçus des hôpitaux... Ils ont tout perdu, ils ne sont pas en ordre au niveau social, ... Alors on essaie de reconstruire tout ça avec eux. Il arrive que des gens soient là depuis un an et qu'ils n'aient pas encore vidé leur sac poubelle. On leur dit qu'il est temps de sortir leurs affaires et de les mettre dans leur chambre. La question de l'investissement personnel, c'est très compliqué... On est prudent, respectueux... parce que c'est important de respecter ce temps là... et, en même temps, on essaie que le patient s'ouvre, sans forcer les portes... C'est un travail d'approche, de mise en confiance.

L'usager, un partenaire ?

A La Traversière, le travail repose sur une (re) mobilisation de la responsabilité personnelle, dans le sens de pouvoir choisir et décider pour soi. Pour y arriver, des lieux institutionnels qui fonctionnent comme des instances sont mis en place. Parmi ceux-ci, L'arc-en-ciel fonctionne comme un Club thérapeutique, en référence à la psychothérapie institutionnelle et aux initiatives qui se sont développées en France. Là, c'est un organe tiers, subsidié, reconnu légalement, qui donne une assise aux droits des patients pour s'organiser au sein de l'institution. Ici, c'est une volonté institutionnelle. L'arc-en-ciel, c'est un outil présent dans la réalité mais aussi

symboliquement. La formule ne réussit pas toujours, mais il y a une volonté d'ouvrir sur un terrain qui renverse un peu les rôles. Les gens sont pris au sérieux. Le souhait, dans le fonctionnement de cet arc-en-ciel, est que chaque résident ait voix au chapitre comme n'importe quel intervenant de la maison. Chacun peut participer aux décisions, même à des décisions budgétaires, avec le même poids que son voisin, professionnel ou usager.

Dans un cadre bien défini

L'arc-en-ciel est une assemblée qui regroupe l'ensemble des 15 résidents et des 13 travailleurs de La Traversière. Chaque année, L'arc-en-ciel dispose d'un budget pour les activités (ateliers et activités exceptionnelles) et le groupe s'organise pour gérer cet argent. Le Club fonctionne comme une petite asbl avec président, trésorier et secrétaire élus chaque année. Trois personnes sont élues parmi les résidents et, pour garantir la continuité, trois autres sont élues au niveau de l'équipe, en soutien de chacune des fonctions. Ce secrétariat va porter la responsabilité de L'arc-en-ciel. Une réunion plénière se tient tous les mois pour voter le budget, et le secrétariat se retrouve toutes les semaines, le lundi matin. C'est un organe indépendant, reconnu par le CA de l'institution. La seule obligation, c'est de rentrer les preuves des dépenses pour justifier de la bonne utilisation des moyens.

Tous les patients sont invités aux réunions. Certains y participent volontiers, d'autres n'y viennent pas et d'autres encore s'arrangent pour ne pas être là... Quand on demande qui veut être trésorier, il y en a qui lèvent tout de suite la main et il y en a qui ne veulent vraiment pas s'occuper des finances... C'est comme dans l'équipe ! Quand il reste de l'argent, quelqu'un fait une proposition et on vote. S'il y a suffisamment de personnes « pour », c'est accepté ! C'est le

fonctionnement. Ca fait partie de l'institution. Tout résident est automatiquement membre de L'arc-en-ciel, qu'il y participe ou pas, qu'il y prenne des responsabilités ou pas. Mais quand une décision se prend, on ne peut plus la contester, présent ou absent.

*Le professionnel,
une voix parmi d'autres...*

Ce fonctionnement suppose, en miroir, un important travail au niveau de l'équipe. Ce n'est pas facile pour les travailleurs de se confronter aux patients pour des décisions, ou d'avoir seulement une voix parmi d'autres, la même que celle des patients. Prenons, par exemple, la fête du Duoclub (le Club qui regroupe les deux institutions associées : résidentielle et de jour) qui se prépare avec un comité des fêtes où tout le monde peut venir. Le projet est évoqué en réunion d'équipe. Pas de problème pour la fête mais vu qu'on est un lieu de soins, certains trouvent qu'on ne peut pas boire d'alcool ! L'équipe aurait pu décider que l'alcool était interdit... Mais la question a été transmise au comité et discutée avec les patients... On y a communiqué que les avis de l'équipe étaient partagés... et le comité a décidé de mettre des règles : acheter moins d'alcool et le faire payer plus cher, tout en restant attentif aux résidents qui ont des problèmes avec la boisson. Ce fonctionnement a été difficile pour l'un ou l'autre travailleur qui trouvait que l'équipe aurait pu décider toute seule... Il est important de faire comprendre aux travailleurs qu'il y a des zones de négociations et des lieux où se prennent les décisions. Comme les résidents, les professionnels sont tous membres d'office de L'arc-en-ciel. Ils sont bienvenus mais ils y viennent s'ils le souhaitent pour faire part de leurs projets ou participer aux décisions. Par exemple, en début d'année, si un travailleur souhaite poursuivre son activité, il doit lancer une discussion au sein de l'atelier avec ses membres et, ensemble, ils proposent un budget. Si personne n'en parle, l'activité ne se fera pas...

La place des usagers va de paire avec celle des professionnels. Ici, on essaie que chacun ait droit

à la parole, accès à l'argent, aux décisions. Par exemple, pour la cuisine, ce sont les travailleurs et les patients qui choisissent le menu et qui font à manger. On s'y met ensemble. Il y a une hiérarchie mais chacun a une place.

En amont du thérapeutique...

Etre thérapeutique à La Traversière, c'est donner le droit à la parole et à la décision. Ce n'est pas strictement thérapeutique, mais c'est une reconnaissance. C'est un droit que nos patients ont perdu dans la société où ils sont considérés comme « moins que rien ». Etre thérapeutique, c'est aussi tout ce qui est mis en place pour soigner, c'est l'ambiance générale... mais on ne peut garantir le résultat et dire que quelque chose va changer. On aide les patients à aller vers plus d'autonomie, par exemple pour leur gestion financière, pour se situer dans le temps, ... Le travail s'inscrit en amont d'un travail thérapeutique à proprement parler. Les réunions individuelles, on ne peut pas appeler cela de la thérapie, c'est un contact et un soutien, et ce qui est important se dira parfois à la cuisine plutôt que chez le psy... On est face à une population qui souffre de détresses multiples... Lorsque les patients sont capables de faire une démarche thérapeutique, on essaie qu'elle se fasse à l'extérieur. Parfois, quelque chose se passe dans un entretien mais c'est tellement rare...

Le diagnostic ?

Le diagnostic est une hypothèse de travail. Quand on accueille un patient, on doit définir un diagnostic DSM IV pour l'INAMI, mais dans le quotidien, cela ne fait pas partie de la relation avec le patient.

Si la question est soulevée par le résident, on en parle avec lui ; il peut voir le psychiatre, le psychologue ; certains aussi vont chercher sur Internet... Certains n'en parlent pas du tout mais on sent qu'ils sont préoccupés... alors que d'autres en parlent tout le temps et on essaie de leur répondre. On réfléchit à cette question avec le patient qui le souhaite mais on ne la devance pas. Si une personne arrive en disant : « je suis

schizophrène », on essaie de voir ce qu'elle entend par là, parce qu'elle peut y mettre tout autre chose.

En équipe, nous travaillons ensemble sur ce que recouvre la psychose, la névrose pour essayer de comprendre ce qui est en jeu pour la personne. On y travaille en supervision avec un intervenant extérieur.

Un choix de part et d'autre ?

Il faut savoir que les résidents arrivent presque tous après une hospitalisation en psychiatrie, mais on a le droit de refuser les demandes puisqu'on ne dépend pas d'un autre organisme. On prend son temps pour voir si la personne a envie de venir. Elle le dit rarement de façon claire mais on essaie de le sentir et de lui dire qu'elle a le choix. C'est important aussi, en fonction de son évolution, de pouvoir lui rappeler par la suite qu'elle a choisi de venir.

Au niveau des travailleurs, il y a deux difficultés à dépasser : celle de travailler avec ce type de population avec lequel on n'arrive pas à grand chose et celle d'adopter un fonctionnement particulier, apparemment flou, qui demande de se positionner personnellement, de prendre ses responsabilités... Certains tiennent le coup, d'autres pas... Il faut que ça prenne. Pour s'asseoir à côté du résident et voter avec lui, il faut être à l'aise, le sentir, y croire...

Chacun, patient et professionnel, s'inscrit dans un fonctionnement et dans une relation avec les autres. Chacun connaît la maison. Le cadre institutionnel est défini et la relation va de soi dans ce cadre... C'est la capacité d'initiative personnelle de chacun qui va permettre d'amener du constructif, du positif, du vivant... pour le patient et le professionnel, pour donner un sens au travail, pour ne pas s'étouffer... ●

La Traversière

27, Rue Georges Willame à 1400 Nivelles
067/21 95 61 - info@latraversiere.be
www.latraversiere.be



Itinéraire d'une incapacité psychiatrique persistante

Synthèse de mon évolution en tant que patiente, présentant un trouble bipolaire. Partage d'une expérience de la qualité de la relation médecin-malade, de l'insertion socioprofessionnelle et de la relation à la psychiatrie et au monde extérieur.

Fiorella LAPENNA

Assistante sociale à l'Espace Socrate,
Hôpital Vincent van Gogh - Marchienne-au-Pont

J'ai vécu un détachement insurmontable pendant ma première et unique décompensation. Mais un mal être profond était logé en moi depuis bien longtemps déjà : je ne comprenais pas cette force vitale, cette motivation quotidienne que pouvaient avoir les autres. Je ressentais le monde environnant avec intensité. Et surtout, je ne mesurais pas l'exactitude de ce qui m'arrivait. Mes parents m'ont emmenée à l'hôpital pour me faire soigner. Dès lors, je n'étais plus seule devant mon désarroi, mais plutôt devant un mur institutionnel et avec cette image erronée du psychiatre qui aide les « fous ».

Face à la psychiatrie

Comme j'avais une mauvaise représentation du psychiatre, j'ai été très récalcitrante. En d'autres mots, lorsque j'avais des contacts ponctuels avec le psychiatre, je souriais malicieusement, je ne parlais pas de mes symptômes. Par ailleurs, à travers mon langage non verbal, mon désaccord de coopération avec le médecin transparaissait fortement. Les semaines ont passé, et un autre psychiatre a repris mon dossier. Ce nouveau psychiatre était totalement différent : il me considérait comme une personne à part entière et me parlait de manière intelligente c'est-à-dire d'égal à égal. J'étais respectée. C'est tout simplement ainsi, par son approche égalitaire, qu'a enfin pu commencer une participation mutuelle d'adulte à adulte. Il m'a parlé de mon choix de me soigner, de ma liberté d'être, contrairement au premier psychiatre chez qui la situation était fortement hiérarchisée : le

médecin est l'unique détenteur du savoir et prive « de liberté » par une injonction à se soigner. Dans la première relation thérapeutique, le schéma était la relation adulte à enfant (médecine hermétique), tandis que dans la deuxième, il s'agissait d'un partage d'une relation entre adultes.

La relation liante

Une relation, c'est un pacte, un engagement mutuel. C'est un processus particulier de mode relationnel. Je ne parle pas de transfert ; aucun sentiment déplacé n'est porté à l'égard du psychiatre. Il y a seulement une interaction dans des degrés de proximité différents. Selon moi, pour qu'il y ait maintien d'une relation, il faut notamment les éléments suivants (mais la liste n'est pas exhaustive) : la confiance, le respect, l'empathie et la gestion du temps. A contrario, les obstacles de la relation thérapeutique sont : l'asymétrie de la relation, le manque d'écoute et le manque de temps.

Une relation responsable

Je remercie beaucoup ce second psychiatre dont la qualité relationnelle m'a permis de ne plus être seule face à une pathologie psychique chronique. Ce médecin a installé un climat de confiance et une liberté de parole dès notre premier entretien. Il y avait donc une évolution contractuelle des rapports, car chacun était un partenaire d'informations pour l'autre. Je ne ressentais plus de gêne, plus de honte à être devant un psychiatre. Dans cette relation très responsabilisante, ce médecin

m'a fait découvrir davantage les facettes de cette maladie qu'est le trouble bipolaire (humeur triste, trouble du sommeil, difficulté des sentiments vécus...). Pour chaque mal, il y avait un mot, une explication qui était fournie par une psychiatrie qui petit à petit ne me faisait plus peur. J'avais enfin une personne en face de moi qui me percevait avec mes qualités et mes limites. Les progrès que j'ai réalisés grâce à cette qualité relationnelle m'ont conduite à être orientée vers un autre psychiatre, spécialisé dans la réhabilitation professionnelle. Ainsi, mon second psychiatre m'a référée auprès d'un de ses collègues pour l'insertion socioprofessionnelle, car il m'estimait enfin prête, après ces longs mois de collaboration, à entreprendre des démarches d'insertion socioprofessionnelle.

Avec des objectifs définis

J'ai immédiatement reporté la confiance que je nourrissais à l'égard de mon psychiatre sur son collègue. Ce dernier travaillait dans le domaine de la réhabilitation. Ce mot « réhabiliter » signifiait pour moi « rendre à nouveau habile », « remettre en possession de ses habilités ». L'approche de réinsertion professionnelle de ce médecin était basée sur l'approche de Boston dont la mission est d'aider des personnes avec une incapacité psychiatrique à réussir et à être satisfaits dans leurs environnements professionnels préférés. Cette approche permet donc d'aider ces personnes à atteindre leurs objectifs professionnels. Le message était clair, net et précis. Pour ce psychiatre spécialisé en réhabilitation, ma première démarche avait été de prendre des informations sur la prévalence des personnes souffrant de troubles bipolaires pouvant exercer un travail, car d'après mes recherches sur Internet, peu de personnes souffrant de ce type de pathologie travaillaient effectivement. Je me suis donc interrogée et renseignée sur ce programme d'origine américaine qui permettait à la personne de choisir-obtenir-garder un



Salvatore Fullano

emploi en fonction de ses préférences. Une collaboration immédiate est née parce que je sentais que le programme proposé par ce médecin me permettrait d'aller au-delà de toutes mes espérances socioprofessionnelles. Tout oeuvrait donc pour mon bien. J'ai construit mon identité grâce à mon second psychiatre et, grâce à ce spécialiste en réhabilitation, j'allais pouvoir me construire une vie professionnelle.

Qui induit à la participation ?

Je dirais qu'il faut que chacun des partenaires, chacun en tant que sujet égalitaire, participe de manière sincère et authentique afin que s'établisse une véritable relation thérapeutique ayant

du sens. Il convient de préciser que le contexte institutionnel actuel ne facilite pas vraiment la relation, puisqu'il s'agit d'un cadre contraignant. Mais très vite, abstraction est faite de cette contrainte, si on a la chance, comme moi, de tomber sur des médecins coopérants, prêts à sortir du carcan poussiéreux du médecin savant paternaliste.

Conclusion

Ma trajectoire peut paraître amusante ou atypique peut-être. L'objectif de mon témoignage est simplement de faire partager mon expérience. Je dirais que la liberté du malade est très importante et que le médecin doit être à l'écoute. Aujourd'hui, grâce à mes deux psychiatres, j'ai enfin une qualité de

vie : je travaille, avec un contrat de travail, pour cet éminent psychiatre spécialiste en réhabilitation en tant qu'assistante sociale au sein de son équipe de réhabilitation psychiatrique professionnelle. Mes contacts avec les autres personnes souffrant d'incapacités psychiatriques persistantes sont aujourd'hui calqués sur le schéma égalitaire et contractuel de mes deux mentors. J'ai été engagée pour mes compétences et qualités, jamais pour une question de quota d'embauche de personne handicapée. J'ai appris beaucoup en m'ouvrant et en me livrant aux spécialistes, et j'ai été portée par les mouvements de la psychiatrie et de la méthodologie de l'université de Boston. Cette dernière met la personne avec une incapacité psychiatrique persistante au centre de toutes les phases et activités dans le déroulement laborieux d'une recherche de travail. L'ayant expérimentée et l'utilisant à mon tour, je suis davantage à l'écoute et à même de comprendre les espoirs et les intérêts de la personne en quête d'un travail. Grâce à cette approche outre-Atlantique, j'ai appris quelles étaient mes attentes, celles de l'environnement « emploi » (contexte réaliste du travail), mes objectifs, ma disponibilité (estime de soi, conscience de l'environnement...), mes habilités... tout ce qui me structure et dont j'ignorais le fondement. Cette conquête de moi-même, je l'ai vécue comme la conquête d'un nouveau monde où, grâce à la relation avec le spécialiste, c'est-à-dire le soignant, je peux enfin m'épanouir pleinement. ●

L'Espace Socrate

En octobre 2004, Socrate-Réhabilitation s'installe dans une aile du bâtiment de l'hôpital de jour Vincent Van Gogh et devient l'Espace Socrate. Deux postulats fondamentaux, à la base de la **Réhabilitation psycho-sociale**, sous-tendent son travail :

- 1) Il existe en chaque individu une motivation à développer maîtrise et compétence dans des domaines de la vie qui vont lui permettre de se sentir indépendant et confiant en lui-même.
- 2) De nouveaux comportements peuvent être appris et les individus sont capables d'y avoir

recours et de les adapter pour répondre à leur besoin de base.

L'Espace Socrate se positionne comme une entreprise d'économie sociale qui développe ses activités dans le secteur de l'édition et de la formation et utilise son potentiel et ses ressources en faveur de **l'insertion professionnelle** des personnes avec une incapacité psychiatrique persistante. Depuis février 2006, l'Espace Socrate développe un programme de Soutien à la Formation et à l'Emploi et travaille au quotidien en intégrant autant que possible dans ses activités des usagers de la psychiatrie avec

statut de stagiaires (stages préprofessionnels et stages professionnels). Ce programme, qui offre ses services à une vingtaine de bénéficiaires, utilise l'approche Choisir-Obtenir-Garder un emploi développée par le Centre de Réhabilitation Psychiatrique de l'Université de Boston.

Infos :

Espace Socrate, asbl Promarex
Hôpital Vincent Van Gogh
55, rue de l'Hôpital à 6030 - Marchienne-au-Pont
071/92.07.90 - socrate@chu-charleroi.be
www.espace-socrate.com



Le programme Profamille : un outil pour modifier les relations soignants-soignés

A la fois soutenante et en souffrance, la position des proches de l'utilisateur est souvent difficile à situer. Parallèle et superposée, la place de la famille se trouve à côté et pourtant impliquée dans la relation soignant-soigné. Soigner, informer, prendre en compte le proche, la famille, participe à la prise en charge du patient, permet une compréhension plus globale et intégrée de sa situation et lui assure une meilleure qualité de vie au quotidien. A cet égard, le programme de psycho-éducation « Profamille » est tout à fait significatif. C'est un programme structuré de formation à destination de groupes, comportant des évaluations périodiques dans le but d'améliorer la relation des participants avec leurs malades et avec les soignants, de modifier certaines pratiques, de changer le regard sur la maladie, bref d'être de meilleurs partenaires. Confluences a donné la parole au Docteur Hode pour présenter le programme tel qu'il l'a organisé et mis en place à Rouffach, à une infirmière qui témoignera de son expérience d'animation et de ce que cette approche a changé dans sa pratique, et à l'équipe de Similes Wallonie pour parler de son expérience et de son questionnement quant au développement du programme en Wallonie.

Yan HODE,

Psychiatre Centre hospitalier, Rouffach (Alsace, France)

Les familles prenant en charge un proche souffrant de schizophrénie vivent souvent une détérioration nette de leur qualité de vie. Comme conséquence directe de cette situation, elles encourent un risque plus important de souffrir de troubles psychologiques et de troubles physiques. Ce qui entraîne en cascade d'autres conséquences comme : une moindre efficacité pour aider efficacement et sur la durée le malade et un risque de rechute majoré du malade.

Ces constatations ont amené à développer des outils pour aider les familles à mieux faire face. Il semble d'après les études publiées dans la littérature, que la technique de prise en charge des familles la plus efficace repose sur la combinaison de deux principes : d'une part, une prise en charge éducative, c'est-à-dire fortement basée sur l'apprentissage et la délivrance d'informations sur la maladie, son traitement et la façon d'aider le malade ainsi qu'un apprentissage de techniques pour mieux faire face (gestion du stress, habiletés de communication, entraînement à la résolution de problèmes) ; et d'autre part, le fait que cela se passe en groupe.

Les prises en charge intégrant ces principes ont été appelées psychoéducatives et le rapport de l'INSERM

en France sur les psychothérapies fait état de 4 méta-analyses et 6 études contrôlées montrant un intérêt significatif de la psychoéducation familiale pour la diminution des rechutes et des ré-hospitalisations. Le rapport mentionne que l'efficacité de cette approche est démontrée, alors que cette efficacité n'est pas retrouvée pour d'autres approches familiales.

Contexte

Dans le monde francophone, un programme psychoéducatif nommé Profamille et destiné aux proches d'un malade souffrant de schizophrénie a été initialement développé au Québec par le Pr. Hugues Cormier et ses collaborateurs. Ce programme a fait l'objet d'une validation sur environ 50 personnes en 1988. Il a ensuite été diffusé à partir de 1991 grâce au Réseau Francophone des Programmes de Réhabilitation Psychiatrique fondé par Olivier Chambon, Guy Deleu et Jérôme Favrod. En Suisse, en 1993, sous l'impulsion de Jérôme Favrod et d'une équipe des Hôpitaux universitaires de Genève, Louise Rast a utilisé ce programme pour l'Association genevoise Le Relais. Il est également repris par le Département universitaire de psychiatrie adulte de Lausanne, suivi par les institutions

psychiatriques des autres cantons romands. En 1999, Profamille fait l'objet d'une adaptation et d'une traduction en langue allemande sous l'initiative de l'association AFS¹-VASK Berne et en collaboration avec le Professeur Hans Dieter Brenner des Services psychiatriques universitaires de Berne.

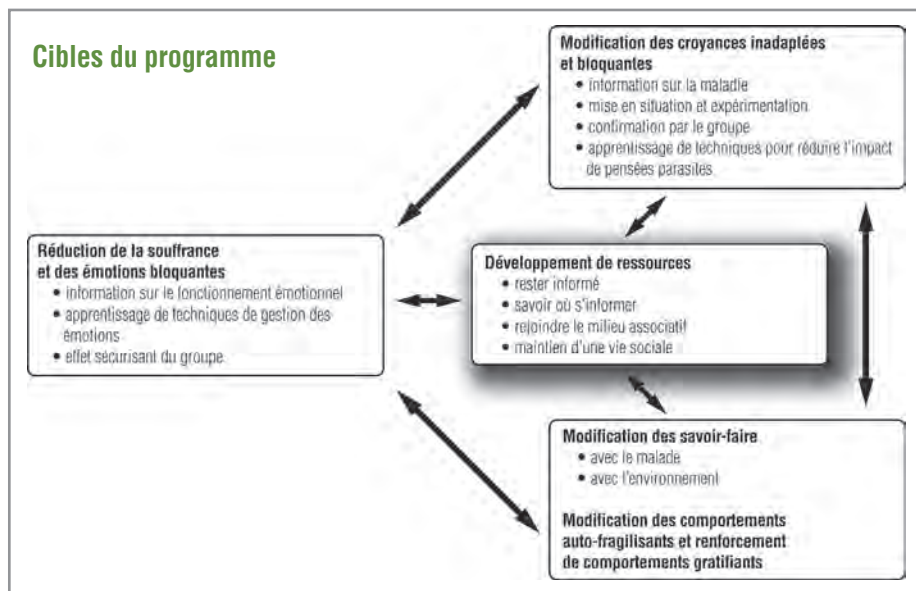
Plusieurs utilisateurs suisses de ce programme se sont organisés en réseau depuis 2000 sous l'égide de Monique Pasche de l'AFS Berne francophone. Ce réseau initialement suisse s'est ouvert sur la francophonie en 2003 à partir de notre équipe du centre Hospitalier de Rouffach (Alsace) et des membres de l'association Schizo-Espoir. Cette équipe avait développé une grande expérience du programme depuis 1998 et avait commencé à tester des améliorations dans la technique d'animation. D'autres équipes de France se sont ensuite rapprochées du réseau à partir de 2005 et en 2006. La rencontre des membres du réseau aux Hôpitaux Universitaires de Genève réunissait 5 nationalités francophones.

Les participants du réseau se retrouvent une fois par an pour comparer leurs techniques d'animation, les outils d'évaluation, discuter des problèmes de mise en œuvre rencontrés. Cela permet l'échange d'expériences sur l'utilisation de ce programme pour en favoriser le développement et l'amélioration.

Objectifs du programme

Les 13 séances du programme sont regroupées en 4 étapes qui s'inscrivent dans une approche cognitivo-comportementale cherchant à modifier les comportements, les cognitions et le niveau émotionnel des familles avec deux objectifs en partie interdépendants : améliorer leur confort personnel et améliorer l'aide qu'elles peuvent apporter au malade.

1. Education : modifier les attributions, permettre de comprendre



2. Développement des habiletés relationnelles : améliorer sa relation avec le malade, baisser la tension, mieux aider le malade.
3. Gestion des émotions et développement de cognitions adaptées : prendre plus de plaisir
4. Développement des ressources : tenir sur la durée et pouvoir faire face à des aléas et préparer l'avenir.

Chaque étape développe des apprentissages dont l'utilité repose sur des études décrivant les difficultés fréquentes auxquelles sont confrontées les familles ou les dysfonctionnements dans leur adaptation. Pour aller mieux, les familles doivent apprendre à mieux faire face à ces difficultés et corriger leurs éventuels dysfonctionnements adaptatifs.

Evaluation

Les familles sont souvent tellement désemparées qu'elle se montrent facilement satisfaites par toute prise en charge qui leur est proposée. Leur satisfaction ne peut-être un critère suffisant pour estimer l'effet du programme. L'efficacité de Profamille est actuellement évaluée, avant et après le cycle de formation, par rapport à plusieurs dimensions : en fonction de l'acquisition de connaissances et de savoir-faire nouveaux et de la modification des croyances qu'ils entraînent, en fonction d'une meilleure gestion émotionnelle, et enfin, en fonction de la satisfaction personnelle et de l'amélioration de l'état du malade.

Ces évaluations permettent d'améliorer le contenu et la forme du programme et sont aussi l'occasion de vérifier si l'animation d'une équipe donne un résultat conforme avec les résultats obtenus par d'autres équipes d'animation.

La nouvelle version du programme est actuellement en cours d'évaluation. Cependant un résultat obtenu sur une version préparatoire peut déjà illustrer l'intérêt de Profamille. Pour évaluer la gestion émotionnelle, nous avons utilisé le questionnaire CES-d (un auto-questionnaire quantifiant des symptômes dépressifs). Nous avons en effet considéré qu'une humeur dépressive reflétait une moins bonne gestion émotionnelle et une souffrance plus grande. Sur les quatre dernières sessions du programme, 38% des personnes ayant un score initial à la CES-d atteignant un score évocateur d'une forte suspicion d'état dépressif, normalisaient leur score en fin de programme. Les questions sur lesquelles on observe les plus fortes améliorations sont les suivantes :

1. Il m'a été facile d'entrer en relation avec les autres
2. Je me suis sentie isolé(e) des autres
3. J'ai pu partager mes sentiments avec quelqu'un
4. Quand j'ai été avec d'autres personnes, je me suis senti(e) absent(e)

Il est net au travers de ces questions que l'effet du groupe et le fait d'être avec d'autres personnes vivant une situation similaire a un effet bénéfique sur l'humeur des familles. Beaucoup de familles disent qu'il

y a pour elles un avant et un après Profamille et regrettent d'ailleurs de ne pas en avoir bénéficié plus tôt. Lorsque Profamille est animé par des soignants (il peut l'être par des familles qui se sont formées), nous avons aussi constaté fréquemment une nette modification des pratiques professionnelles des soignants. Leur regard sur la schizophrénie et sur les familles change souvent, ils deviennent plus à l'aise avec les familles, même avec celles qui n'ont pas fait Profamille et ils améliorent souvent leur technicité relationnelle avec les patients dans le sens de rapports plus directs, collaboratifs et confiants. On observe enfin un autre résultat intéressant : les familles formées deviennent des partenaires plus efficaces et on note de fréquents retours positifs de soignants non impliqués dans Profamille qui signalent que le dialogue est devenu plus facile lorsque les familles ont fait Profamille.

Notre expérience en terme de recrutement est qu'au moins une formation annuelle de ce type devrait exister par bassin de 700.000 habitants. Ce qui suppose une sensibilisation des équipes soignantes sur le bassin de population à chercher systématiquement à informer les familles du diagnostic et à les orienter vers un tel programme. Il s'agit de passer outre certaines réticences historiques à collaborer avec les familles qui ne sont pas justifiées. Ce qui suppose également un travail avec les associations de familles de malades, qui peuvent faciliter le recrutement de familles candidates à Profamille mais organisent aussi des groupes de soutien et d'entraide en complémentarité et continuité de la participation à Profamille. ●

Infos :

Monique Pasche, coordonnatrice du réseau francophone des animateurs de Profamille:
 afsbe.mpasche@freesurf.ch.
 Similes : 04/344.12.79
 wallonie@similes.org - www.similes.org

¹ L'Association des familles de malades atteints de schizophrénie.



« Dire et voir autrement »

Régine VONTHRON,
Infirmière au CHR de Rouffach,
animatrice volontaire de modules pro-famille

*Propos récoltés par Isabelle DELIEGE
et Christine GOSSELIN - IWSM*

L'animation de ce module profamille a changé la manière dont je m'adressais au patient, plus exactement la manière dont je pouvais lui demander quelque chose : ne pas faire de sous-entendu, être clair lorsqu'on sollicite quelque chose, exprimer ses émotions : « Ca me ferait plaisir que tu te lèves... », sans oublier de le féliciter ensuite.

En changeant la manière de demander, en mettant en avant des petits renforcements positifs tous les jours, en utilisant des mots tout simples, en ne se mettant plus dans la confrontation, on peut observer des changements au cours du temps et constater des progrès dans les petites choses : « Il s'est coiffé tout seul », « Il a mis un t-shirt propre ». Ces petits renforcements peuvent contribuer à instaurer un climat de confiance, à faciliter l'approche ou le contact et motiver la participation à de nouvelles activités, telles que des ballades, des ateliers créatifs, activités sportives...

Le fait d'être valorisé et reconnu dans les petits pas, dans les avancées imperceptibles du quotidien, tend à renforcer jour après jour, un sentiment de confiance en soi, une motivation qui permet de dépasser le manque d'envie, ou la peur d'être jugé.

« Un patient que je voulais emmener à la pêche et qui y était fort opposé au départ, m'a finalement dit un jour : avec vous, je viens et avec votre collègue qui a fait Profamille ».

Quand je n'arrive pas à obtenir ce que je veux d'un patient, c'est moi que je mets en question : « Qu'est-ce que je n'ai pas vu, qu'est-ce que j'ai raté, est-ce que j'aurais dû demander les choses autrement ? »

Comme soignant, la position est autre que celle des familles et l'animation de ces groupes permet de mieux percevoir le vécu propre, quotidien de ces familles : « Quand notre enfant ne veut pas faire sa toilette, ne vient pas à table, nous sommes démunis, nous ne savons pas si son comportement est dû à la maladie, ou non. Serait-ce de la fainéantise ? » La formation leur permet de mieux comprendre, de moins dramatiser, de voir les progrès là où ils sont en apprenant à regarder comme il faut. Elle permet également aux proches d'instaurer des limites, de se préserver des espaces pour eux, de ne pas vivre seulement à travers leur enfant malade. C'est important de pouvoir gérer l'investissement et de maintenir l'équilibre pour ne pas flancher sur le long terme, pour se protéger. Important également de pouvoir mettre un frein aux pensées ruminantes, de gérer le stress de la maladie, de prendre de la distance par rapport à elle, la distance que permet le partage et l'information. ●

L'expérience « Pro Famille » à Similes Wallonie

Fabienne COLLARD et Stéphanie LEMESTRE
Assistantes sociales - Similes Wallonie, asbl

En novembre 2004, les équipes de la Fédération Similes Francophone et de Trialogue se sont réunies, suite à la subvention proposée par la Ligue Belge de la Schizophrénie, pour l'organisation de modules de psychoéducation à l'attention des proches de personnes atteintes de schizophrénie. Il a été convenu que des modules seraient organisés partout en Wallonie et à Bruxelles grâce à cette subvention ; l'ASBL Trialogue assurant la formation d'animateurs et l'animation de modules pour Charleroi, l'ASBL Similes Wallonie assurant la coordination de l'ensemble du projet et l'animation de plusieurs modules. Depuis, 8 modules ont pu être organisés. En avril de cette année, un premier module Profamille « nouvelle version » du Dr Yann Hodé est organisé en Brabant Wallon tandis qu'un second est prévu pour le mois de septembre à Liège.

L'expérience de ces deux années s'avère positive, les changements constatés sont importants et significatifs. En voici un exemple par le témoignage d'un participant :

« ... Ces informations, nous avons voulu les approfondir en participant au module de psycho-éducation sur la schizophrénie, qui s'est tenu en 5 séances de 4 heures ... Ces soirées ont été d'une grande utilité ; la définition des symptômes nous a donné une clairvoyance qui permettra peut-être d'anticiper certains événements ; les conseils en communication nous évitent déjà des malaises dans la relation avec notre fille. Cette relation deviendra sans doute plus responsable et plus sage par les limites qu'on nous a encouragés à établir et à maintenir. Ce module nous a aidés à retrouver une confiance en nous, à être moins exigeants quant à nos attentes, à chercher de l'aide au bon endroit, à positiver tous les bons moments à partager encore avec notre fille, sans vouloir revivre à tous prix les joies d'un passé sans maladie... ».

Néanmoins, certaines questions se posent. D'aucuns envisagent l'animation de ces

séances par des familles bénévoles. Sur ce point, fortes de notre pratique et expérience des groupes de paroles mensuels, nous restons sceptiques. En effet, le manque de prise de distance ou de recul de l'animateur pourrait, nous semble-t-il, réduire l'impact positif des modules sur les relations des participants avec leur proche malade. L'émotion et l'affectivité, importantes lors de certaines séances, nous paraissent difficiles à gérer lorsqu'on est soi-même confronté à la souffrance d'un proche malade et de son entourage. Il nous faut néanmoins modérer ce propos ; le manque de personnel dans les années 1990 a conduit certains parents à se former et à animer des modules, ceci avec un succès certain.

La nouvelle version « Profamille » nous paraît évidemment extrêmement riche et intéressante mais requiert un investissement très important des participants, proches d'une personne atteinte de schizophrénie, tant du point de vue temps que du point de vue émotionnel et affectif. La question se pose donc de l'évolution du nombre de participants face à la demande d'un tel engagement. Peut-être faudra-t-il adapter la formule pour permettre à un maximum de personnes d'accéder à ces séances ?

L'organisation de tels modules nous paraît indispensable. Au-delà des groupes de paroles, l'information est un besoin fondamental pour les proches de personnes malades. La schizophrénie est une pathologie complexe, malaisée à comprendre. Par une information adéquate, les proches peuvent mieux identifier de quoi il s'agit, reconnaître les symptômes annonciateurs d'une crise, et surtout mieux soutenir leur enfant ou parent en souffrance. Ce n'est généralement plus mis en doute. D'évidence, des soignants professionnels peuvent prendre en charge cette mission à condition, nous semble-t-il, d'avoir déjà une expérience de travail avec les familles et d'avoir reçu une formation spécifique à l'animation de ces modules de psycho-éducation. ●



« Cause Café »

Rencontres-débats autour de questions de santé mentale

En juin dernier, l'asbl Psytoyens a lancé une nouvelle activité¹ : les « Cause Café ». Initiées dans un esprit de convivialité par l'asbl Pasifou, ces « Cause Café » se veulent un temps de rencontre et d'échange mensuel autour d'un thème lié à la santé mentale. Destinées aux usagers, les « Cause Café » sont l'occasion de sortir du cadre de la santé mentale stricto sensu, pour se retrouver entre pairs, participer à une réflexion ou simplement passer un bon moment. Loin de la relation « soignant-soigné », une autre manière de réfléchir à « ce qui fait soin », un nouveau cadre -hors cadre- !

**Stéphanie COLLARD, Pascal COLSON,
François WYNGAERDEN**
Psytoyens

Cause Café, ce n'est pas seulement un groupe de paroles. Bien entendu, les échanges sont centrés sur l'expérience vécue personnellement. Et l'intérêt est de se rendre compte que d'autres vivent des situations similaires. Se retrouver en bonne compagnie, avec des personnes qui se comprennent et s'acceptent sans devoir s'expliquer ou se justifier est plutôt agréable...

Mais les « Cause Café » permettent également la valorisation de son vécu. Chacun se nourrit de l'expérience des autres participants. Et, à l'inverse, chacun peut se rendre compte que son expérience peut inspirer les autres ! Loin de la relation soignant-soigné, les usagers deviennent « experts par le vécu ». En tant qu'utilisateurs de services, ils ont une expérience à partager et à faire valoir.

Un sentiment d'exclusion de la société accompagne presque toujours la souffrance psychique. Il est des choses qui semblent impossibles à partager avec le commun des mortels. Participer aux « Cause Café », peut permettre de restaurer quelque peu l'image de soi. Réfléchir ensemble, entre usagers, autour d'une thématique, être critique, se poser des questions, émettre des avis, parler de ses expériences et surtout, savoir que notre

point de vue sera entendu et relayé fait qu'on peut de nouveau (ou pour la première fois) se voir comme un citoyen actif.

En effet, pour Psytoyens, cette activité permet la récolte de témoignages et la construction d'un point de vue commun à défendre auprès de pouvoirs publics lors des différentes réunions de concertation. La volonté de Psytoyens est d'être le plus représentatif possible des usagers.

Les « Cause Café » sont également un outil pour promouvoir l'entraide et les associations d'usagers à Bruxelles. Le plaisir éprouvé à se rencontrer et à partager peut en effet se prolonger dans l'une ou l'autre des associations d'usagers existantes ou... donner l'envie de mettre sur pied de nouvelles initiatives !

Ainsi, la première question abordée à « Cause Café » a été celle de l'entraide entre usagers. Pour les participants, l'expérience de l'un peut être d'une grande aide à l'autre mais elle ne remplace pas le soin professionnel. Soignants et soignés ont des savoirs différents qui, loin d'être antagonistes, sont au contraire complémentaires. Et puis, l'entraide est aussi une question de moment, de circonstance, d'affinité... Elle est indispensable à

tout un chacun, mais difficile à définir ou à susciter...

D'un mois à l'autre, Psytoyens abordera différents thèmes qui traitent, d'une manière ou d'une autre, de ce qui fait soin au quotidien ou au contraire de ce qui enferme dans la souffrance : comment changer le regard des autres sur la santé mentale ? Quels sont les aspects positifs d'une difficulté psychique ? L'aide à domicile, est-ce que ça marche ? Comment faire face à la crise ? Qu'est-ce que le bien-être ? Quels sont les moyens pour y parvenir ?

L'occasion de renouveler, ici, l'invitation à toute personne qui est (ou a été) confrontée de près ou de loin aux soins de santé mentale ou à la psychiatrie. Si vous désirez échanger entre pairs sur les thèmes proposés, si vous voulez participer à votre manière à une amélioration du système de soins de santé, si vous voulez que votre point de vue soit entendu ou tout simplement si vous voulez passer un agréable moment, nous vous proposons de nous retrouver régulièrement autour d'un café et d'un bon sujet de conversation. L'entrée est libre et gratuite ! ●

« Cause Café »

Où ? Café « La Régence », premier étage, Place Fernand Cocq, 12 à Ixelles (Metro : Porte de Namur – Bus 71 & 54)

Quand ? Tous les troisièmes samedis du mois (sauf en juillet)

Contact ? Psytoyens asbl - 081 23 50 19 0498 11 46 24 – info@psytoyens.be

¹ Développée sur le territoire bruxellois, cette activité signe l'intégration des associations d'usagers bruxelloises aux côtés des associations wallonnes, au sein de la fédération qu'est Psytoyens.



Un pari en Communauté germanophone : l'usager au cœur du SSM

Préparer la participation active de l'usager dans l'organisation du Service de santé mentale (SSM) Ok ! Mais par où commencer ? Il faut savoir qu'en Communauté germanophone, un contrat de gestion¹ est signé avec le Gouvernement. Il prévoit, entre autres, la mise en place d'un processus d'évaluation interne portant sur la qualité. Pour y arriver, le Centre de santé mentale d'Eupen - Saint Vith a sélectionné 4 thèmes prioritaires : l'accueil, la planification des suivis thérapeutiques, le travail de relation publique et « le regard de l'extérieur, dont celui des consultants ». Pour chacun de ces thèmes, il s'agissait de définir des critères de qualité et, si nécessaire, d'opérer un réajustement de la pratique.

C'est sur cet arrière-fond général qu'il faut situer la réflexion proposée ici. Encore au stade de projet, l'équipe a néanmoins accepté de répondre à notre invitation à communiquer l'état de ses réflexions.

Franziska FRANZEN

Assistante sociale, SSM de Eupen-Saint Vith

La participation de l'usager comme critère de qualité ?

Nous sommes partis de « l'idée de base » que « l'intervenant et le consultant sont des partenaires actifs dans la gestion du processus thérapeutique ». Il s'agit donc d'examiner comment mettre en pratique cette prémisse et définir les moments ou occasions privilégiés pour bien instituer ce rôle actif du consultant.

On ne peut se contenter de définir de l'intérieur la qualité du travail d'une institution. On doit nécessairement tenir compte aussi des attentes et de l'avis des mandants et, bien sûr, des bénéficiaires.

Demander au consultant de prendre position en ce qui concerne tant « son » processus thérapeutique que l'organisation du centre et intégrer ces réflexions à nos pratiques nous paraît être un critère de qualité.

Comment cela se passait-il dans notre institution, avant ?

Au départ, chaque intervenant prévoyait - à sa libre initiative et suivant sa propre méthodologie de travail - des moments d'évaluation avec ses

rapeute. D'autres cherchaient un interlocuteur au secrétariat, dans un couloir, ... D'autres encore émettaient une plainte auprès de la direction ou même auprès des instances subsidiaires.

De la même manière que ces réactions étaient laissées à la libre initiative des clients, leur suivi était également laissé à la libre appréciation de celui qui les recevait. Une longue tradition de travail en équipe faisait que, généralement, ces réactions étaient rapportées à la réunion d'équipe.

Que savons-nous de la pratique dans d'autres institutions ?

consultants et ce, sous forme de bilans réalisés soit après un certain nombre d'entretiens, soit à la fin du processus. Il n'y avait pas de ligne de conduite commune.

Certains clients se prononçaient spontanément sur l'organisation du centre, tantôt en émettant des critiques, tantôt en faisant des propositions d'amélioration. En général, ils s'adressaient à leur thé-

Après un bref sondage auprès d'autres institutions similaires en Belgique ou en Allemagne², nous constatons que le thème de « la place réservée aux clients » est un sujet de préoccupation de part et d'autre de la frontière. Sans avoir vraiment approfondi la question, il nous semble se dégager différentes tendances. La pratique allemande relate plutôt l'utilisation de questionnaires invitant les usagers à donner leur avis et à exprimer leur degré



Salvatore Furlano

de satisfaction. Les réflexions en Région wallonne vont plus vers la création d'espaces de paroles pour les usagers.

Quelles sont les propositions élaborées et retenues par le groupe de travail constitué au sein de notre équipe de santé mentale ?

Nous avons retenu 3 orientations précises :

- Réserver une place au point de vue des consultants sur leur perception de l'organisation générale du Centre de santé mentale ;
- Elaborer un instrument d'évaluation du travail thérapeutique ;
- Développer une procédure de gestion des plaintes.

Nous pensons qu'on ne peut mettre en examen la qualité de l'accueil et de l'organisation d'une institution sans prévoir des procédures permanentes pour récolter les informations auprès de ceux auxquels elle s'adresse.

Un instrument de feedback permanent

Dorénavant, nous allons déposer dans nos salles d'attente une « lettre-questionnaire » invitant nos consultants à y formuler leurs commentaires sur les différents moments de rencontre avec notre centre : contact téléphonique, accueil, locaux, premier entretien, consultations régulières, rencontre de leurs attentes... Cette lettre expliquera aux clients le lien précis qu'il y a entre notre démarche de recherche de qualité et le questionnaire qu'on leur demande de remplir et les invitera à le déposer dans une urne prévue à cet effet dans la salle d'attente. Les consultants seront également informés de la suite que nous donnerons à leurs feedbacks.

Le courrier sera relevé régulièrement par un membre désigné au sein de l'équipe. Toute remarque qui nécessite une réaction ou une réponse rapide sera transmise au directeur du centre, qui décidera de la suite à y donner.

Un relevé de tous les courriers sera soumis au bout de trois mois à l'équipe. Il servira de base de discussion pour une évaluation interne avec – si la nécessité s'en faisait sentir – des ajustements concrets dans l'organisation du travail. Un retour de ces discussions se fera via information dans les salles d'attente.

Un instrument d'évaluation pour le consultant en cours du suivi

Le groupe de travail a élaboré un questionnaire que les thérapeutes pourront remettre à leur consultant, en vue de l'aider à évaluer l'adéquation entre le travail thérapeutique et sa demande initiale et à exprimer son degré de satisfaction par rapport à son évolution personnelle.

Les questions se rapportent à l'évolution ressentie par le consultant dans la perception de sa situation et l'incidence que celle-ci a sur ses comportements. Il est aussi invité à évaluer le degré de soutien des interventions du thérapeute. La possibilité lui est également offerte de nommer d'autres thèmes ou difficultés qu'il aimerait ou penserait devoir aborder au cours de son suivi. Remis en mains propres au thérapeute, ce questionnaire sera l'occasion d'une évaluation commune. Il permettra, si nécessaire, au thérapeute et au consultant un réajustement du travail.

Ce questionnaire est un instrument facultatif mis à la disposition des thérapeutes, qui seront libres de décider si et quand ils veulent l'appliquer. Les réponses restent confidentielles et seront intégrées dans le dossier du client.

Après 6 mois de pratique, une évaluation de cet instrument de travail sera faite en équipe. Nous espérons qu'elle nous donnera l'occasion d'avoir

un échange sur la place du client en tant que partenaire actif du processus thérapeutique.

Définition d'une procédure claire pour le suivi des plaintes

Une proposition de gestion des plaintes a également été élaborée par le groupe de travail. Elle sera prochainement soumise à la direction et au conseil d'administration pour ratification. Elle prévoit en substance ceci : une plainte doit être adressée par écrit au directeur du centre, un accusé de réception

est fait dans les 8 jours, un examen de la situation par le directeur et une réponse au plaignant s'opérera dans un délai prévu. L'ensemble de la procédure devra être en harmonie avec

l'évolution de la législation sur la médiation dans les Centres de Santé Mentale.

Comme mentionné plus haut, ce texte relate les réflexions et projets que nous comptons mettre en pratique dans les semaines à venir. D'ores et déjà, nous pouvons constater au niveau du service une attention plus éveillée à tout ce qui se rapporte aux critères de qualité de notre travail, et, entre autres, tout particulièrement à la place de l'usager dans l'évaluation de cette qualité. ●



Salvatore Filiano

¹ Un contrat de gestion est défini pour 3 ans entre le SSM et le Gouvernement de la Communauté germanophone. Il précise notamment le montant de la subvention, l'équipe et les orientations de travail. Il est revu après 3 ans. Le dernier a été signé début 2006.

² Comme il est situé à 15 km de la frontière allemande, la coopération avec des instances en Allemagne fait partie du quotidien du centre, tant au niveau privé qu'au niveau professionnel.



La participation usagère : oser oser

De patiente à usagère, à usagère engagée, à usagère-chercheuse¹, il s'est passé l'équivalent de plusieurs vies, et tout un cheminement de pensée souvent mû par un sentiment profond d'injustice et de frustration. Comme beaucoup, j'ai été témoin des changements politiques dans le système de santé britannique. Les gouvernements des années 80, en transformant les patients en usagers consommateurs, ont fait au mouvement usager un cadeau en platine, n'ayant pas prévu que celui-ci ferait de ce nouveau concept une arme redoutable. Des décrets ont obligé les services à nous inviter à participer à tous les niveaux de management. Nous avons enfin une plateforme politique pour nous exprimer et agir de façon beaucoup plus efficace, en partenariat avec les services de santé et autres autorités de tutelle. Cela ne s'est bien sûr pas fait du jour au lendemain et la participation usagère demeure un travail et parfois un combat de tous les jours...

Anne-Laure DONSKOY

Research coordinator – User Focused Monitoring, Bristol (G.B.)

Il me fallait devenir acteur, question de survie ; question citoyenne, au début des années 90, au travers de combats singuliers (la clôture d'un service, écritures et mise en place de nouvelles politiques locales et nationales etc.). Au départ, cela a été très difficile, il y avait énormément de réticences de la part du personnel soignant et encadrant, toutes catégories confondues. Question de culture et de territoire. Le patient se devait de rester à sa place et surtout d'être profondément reconnaissant de ce que le système de santé et les soignants lui faisaient, lui apportaient. Nous étions ignorés, les documents pour les réunions ne nous étaient pas envoyés à l'avance, il n'y avait aucun défraiement ; si l'heure d'une réunion ou son lieu changeait, nous n'étions pas prévenus, etc. Parfois cela reflétait un effort conscient de nous décourager, parfois cela advenait car nous n'entrions pas dans le champ conscient de leur pensée. Témoins et acteurs de ces réunions, nous assistions enfin à des débats jusqu'alors inapprochables. Cela n'allait pas. Nous leur renvoyions une image qui les mettait mal à l'aise, qui mettait en avant les manquements ou abus du système et des pratiques professionnelles. Autre sujet de

malaise, pour la première fois nous étions vraiment déterminés à essayer de redresser un tant soit peu la balance des pouvoirs dans le mécanisme de décisions de nos vies. Nos vies. Nos, et, vies. Tout est là.

Une participation à (faire) reconnaître

Au fil des années, les attitudes ont graduellement changé ; les cadres et les soignants se sont rendus compte que nous pouvions être des partenaires de travail intéressants, apportant un point de vue souvent imaginatif et plein de bon sens, ainsi que des solutions pratiques à des problèmes compliqués, etc. On nous accuse encore parfois de n'être pas représentatifs des usagers lorsque nous prenons part aux réunions. Les soignants et cadres présents sont-ils plus représentatifs de leurs collègues que nous des usagers dans ces réunions ? Non, bien sûr, mais ils ont rarement l'honnêteté de le reconnaître, malheureusement. Nos représentants, eux, sont souvent au minimum élus dans leur rôle. D'être engagée et de participer à ce niveau, celui de la représentation, m'a beaucoup

« redresser un tant soit peu la balance des pouvoirs »

apporté et changée. Je pouvais mettre ma colère et ma frustration au service de ceux qui n'avaient aucune voix au chapitre. Les ignorés, les assis-dessus, les laissés pour compte. Il fallait travailler deux fois plus que n'importe qui dans la préparation des réunions pour être crédible comme partenaire de travail. Il fallait que je me batte ; soit j'étais trop, soit je n'étais pas assez malade aux yeux des autorités pour être crédible aussi sur le plan de la représentation.

Aujourd'hui les usagers sont donc présents quasiment partout où les débats ont lieu et où les décisions sont prises. Ils sont également présents dans les programmes de formation du personnel soignant et encadrant au sein des autorités de tutelle, dans les écoles d'infirmiers, d'assistants sociaux ou d'ergothérapeutes, etc. Les portes de la médecine psy sont encore difficiles à ouvrir mais il est clairement écrit que nous serons bientôt présents dans la formation active des psychiatres. Parfois, il y a réel progrès, parfois non. Mais nous persévérons.

Une autre manière de faire de la recherche

Un nouveau domaine où la participation usagère commence à trouver ses marques est celui de la recherche, jusqu'alors surtout la réserve des universitaires ou bien encore de rares individus tenaces. Les usagers n'y sont plus seulement des objets passifs mais des acteurs créatifs du processus.

La recherche usagère remet en question une bonne partie des apostolats de la recherche classique, en particulier celui de l'aspect scientifique et donc « robuste » des grands travaux épidémiologiques, dont la qualité n'est pourtant pas toujours à la hauteur de leurs prétentions. Elle remet en cause la hiérarchie établie de ce qui constitue la soi-

disant bonne recherche, soi-disant objective -alors que la recherche est tout sauf objective-, celle qui a toujours recalé la recherche qualitative au banc des cancre et des rebelles. Elle remet en cause le déni de l'expérience personnelle et singulière de la maladie et des systèmes de soins. Elle offre un autre angle sur les mêmes questions. Elle propose aussi de nouvelles pistes de recherche, lesquelles viennent du vécu des usagers, de leur expérience de la maladie dans tous ses aspects. Elle a une approche éthique du processus de recrutement des participants et de la conduite des entretiens de recherche souvent beaucoup plus solide que celle des chercheurs classiques.

Tant et si bien que notre approche est maintenant suivie de près par les universités. Il est certain qu'on nous « attend (souvent encore) au tournant » et il nous faut être toujours plus vigilants. Seule la validité de notre travail peut nous permettre de négocier les recommandations que nous faisons dans nos rapports, le but même de notre travail. Nous travaillons aussi dans une optique de partage et de dissémination active de la/ des nouvelles connaissances, ce qui fait grincer les dents de certains. La recherche usagère est donc profondément politique par nature et par approche.

Mettre les chiffres à l'épreuve du vécu

Ma rencontre avec la recherche s'est faite par hasard ; j'étais très réticente. Je n'y connaissais rien et j'avais peur de tomber dans une impasse. Surprise, je suis arrivée et restée dans un groupe d'usagers du mouvement User Focused Monitoring, qui faisaient surtout des audits, prenant la température des services de santé mentale locaux et de l'expérience usagère avec la ferme intention de les améliorer mais aussi de souligner le positif. C'était pour moi nouveau et excitant. C'était il y a bientôt cinq ans. Je suis aujourd'hui la coordinatrice de

ce groupe de recherche, après quinze années de mise au rebut de la société, en arrêt maladie. Le groupe en est à son quatrième projet, cette fois-ci de recherche et non d'audit. Tous les usagers chercheurs du groupe sont formés et suivent les protocoles conventionnels. J'ai aussi participé à des projets collaboratifs entre universités et services de santé mentale où les usagers sont là aussi de plus en plus présents dans la construction de projets ou leur management.

Deux exemples du travail du groupe UFM à Bristol : le troisième projet était allé explorer le concept de crise en santé mentale par rapport aux définitions officielles que nous trouvons trop étroites et qui pouvaient nous voir refuser l'accès à ce type de soins très particulier. L'un des résultats de ce travail est que les soignants ont maintenant une meilleure compréhension de notre expérience, de nos réactions et surtout de nos besoins. Le rapport de recherche² est souvent cité localement et il est en outre remonté jusqu'au Ministère de la Santé. Les travaux en cours évaluent le plan d'accompagnement des usagers en allant dans le détail, à l'opposé des audits qui ne font qu'écumer des données de surface, par exemple combien de personnes ont un plan d'accompagnement. Ce qui nous intéresse, c'est précisément ce qui se passe derrière les statistiques, la réalité du vécu, par exemple les usagers savent-ils toujours s'ils ont un plan, ce que celui-ci contient, à quel degré sont-ils impliqués dans le processus de décision au centre duquel ils sont sensés être, etc.

« La recherche usagère est donc profondément politique par nature et par approche. »

Créé au départ par Dr Diana Rose, usager chercheur en université, il comporte aujourd'hui une quinzaine de groupes principalement situés en Angleterre. Nous avons publié cette année un guide³ afin que tous ceux qui souhaiteraient constituer un tel groupe puissent le faire, tout en éta-

blissant clairement les valeurs que nous soutenons.

Une aventure personnelle riche de sens...

Comme un être profondément endormi depuis des siècles, je me suis petit à petit réveillée à la vie, à des possibilités d'autre chose que la maladie. Dans la recherche, j'ai trouvé un espace mental où je peux enfin vraiment travailler pour la communauté, pour les usagers, pour le mouvement usager et enfin pour mon moi enfoui et meurtri. Le passage d'usager à usager-chercheur-employée ne s'est pas fait sans remous ni rapidement. La digestion mentale et pratique a été longue.

Les hybrides que nous sommes (usager et quelque chose, usager chercheur ou autre) ne sont vraiment bien accueillis et encouragés que dans le secteur caritatif où le travail en partenariat avec les services de santé mentale et les autorités de tutelle est politique, au propre comme au figuré, par nature, par choix, par besoin, pour être efficace. J'utilise parfois l'image d'Obélix tombé dans son chaudron tant le côté surréel de mon parcours et de ma passion pour la recherche m'y invite naturellement. Car il s'agit bien de passion, et de passion joyeuse ; joyeuse au sens de porteuse de questionnement, de construction et d'espoir. En dépit de la maladie qui continue de me hanter sans prévenir, en dépit de ceux qui m'avaient rayée de la carte de la société. Mais parfois, soutenue par des mains tendues par hasard. Oser oser, pour vivre, c'est-à-dire construire. ●

¹ Un parcours qui se poursuit depuis 1989, dans un processus de participation active depuis 1991, et dans un travail de recherche depuis 2002. L'auteur est, depuis avril 2005, coordinatrice du groupe User Focused Monitoring (UFM) à Bristol Mind. Elle est également membre et administrateur du Réseau national UFM Network, membre du Réseau national d'usagers chercheurs Service (user) Research Network (SRN), Londres, du groupe Service User Research Group England (représentant le réseau UFM Network), au sein du réseau Mental Health Research Network (MHRN) dépendant du Ministère de la Santé. Elle est aussi co-auteur de l'ouvrage "A Guide to User Focused Monitoring, Setting up and Running a Project". Voir bibliographie, référence 14

² User Focused Monitoring Team (2004). Crisis... What Crisis? Bristol Mind (www.bristolmind.org.uk/projects). User Focused Monitoring... "Crisis ... What Crisis?"

³ Bibliographie, référence 14



Repères et références bibliographiques

1. Anquetil N., *Scènes de la vie psychiatrique ordinaire*. Ramonville Saint-Agne, Erès, 2003
2. Anthony W., *La Réhabilitation psychiatrique*. Socrate Editions-Promarex, 2002
3. Benamouzig D., Velpry L., *Les Usages des mesures de la qualité de vie en santé : le cas de la maladie mentale*. Dans : *Esprit critique*, vol. 3, n° 4, avril 2001 : <http://www.espritcritique.fr/0304/article1.html>
4. Arveiller J.-P., Bonnet C., *Au travail... Les activités productives dans le traitement et la vie du malade mental*. Toulouse, Erès, 1991
5. Bernard A.-M., Demmou J., Gargan V. et al., *La Relation d'aide en service social*. Erès, Ramonville Saint-Agne, 2002 (coll. Pratiques du champ social)
6. Bolaers J., *Participer, c'est bon pour la santé. Le point de vue de l'utilisateur*. In : *Santé conjugulée*, n° 28, avril 2004, pp. 78-80
7. Briant P., *Du regard à la parole : la relation soignant-soigné en psychiatrie*. Dans : *Cahiers de psychologie clinique*, n° 28, janvier 2007
8. Castaigne M., Bontemps C., *Lieux de vie, lieux de santé – Les paroles*. Actes du colloque de la Région wallonne, Namur, 13 et 14 septembre 2001
9. Chaume C., *Les Pratiques alternatives en santé mentale au Québec. Un portrait de notre différence*. Montréal, Regroupement des ressources alternatives en santé mentale au Québec, 1988
10. Clit R., *Carences institutionnelles et fonctionnement groupal*. Dans : *Cahiers de psychologie clinique*, n° 28, janvier 2007
11. Delbecq J., *Colloque : représentations des troubles psychiques, pratiques de soins et vécu des malades*. Dans : *La Lettre de la MiRe*, n° 13, avril 2007 : <http://www.sante.gouv.fr/drees/lettre-mire/lettre13.pdf>
12. Delion P., *De l'institution à la communauté*. Dans : *Pratiques en santé mentale*, n° 1, 1994, pp. 19-21
13. D'heilly H., Sorriaux J.-P., *De l'insertion à l'autonomie*. Toulouse, Erès, 1995
14. Donsky A.-L., *Guide to User-Focused Monitoring. Setting up and running a Project*. London, The Sainsbury Centre for Mental Health, 2007
15. Dorsafe D., *Influence du transfert et du contre-transfert dans la relation de soin*. Dans : *Soins psychiatrie*, vol. 224, 2003, pp. 23-26
16. Dufort F. (dir.), *Agir au cœur des communautés : la psychologie communautaire et le changement social*. Canada, Les Presses de l'Université Laval, 2002, 410 p.
17. Gay J., *L'intervention clinique communautaire : les familles en détresse*. Montréal, Presses Universitaires de Montréal, 1998
18. *Gestion autonome de la médication de l'âme : mon guide personnel*. Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ), Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ), 2003
19. Guillermin L.-Ch., Marc B., *Le Mal de vivre : histoires de renaissances*. Paris, Odile Jacob, 2007
20. *Livre blanc : le vécu des familles de personnes atteintes de troubles psychiques*. Bruxelles, Similes, 2004, 91 p.
21. Manoukian A., Masseboeuf A., *La Relation soignant-soigné*. Paris, Ed. Lamarre Poinat, 2001
22. Metz J. M., *Prozac on the Couch*. Durham & London, Duke University Press, 2003
23. *Observance : « ton traitement, tu prendras »*. Dans : *Santé mentale*, n° 68, mai 2002
24. Ogien A., *Le Raisonnement psychiatrique*. Paris, Meridiens-Klincksieck, 1989
25. Palazzolo J., *Observance médicamenteuse et psychiatrie*. Paris, Elsevier, 2004
26. *La Participation des bénéficiaires : au-delà de la symbolique*. Toronto, Bureau national de l'Association canadienne pour la Santé Mentale, 1995
27. *Participe, présent : la participation des usagers à la santé*. In : *Santé conjugulée*, n° 28, avril 2004, pp. 25-123
28. *Le Patient acteur de ses soins*. Dans : *Pratiques en santé mentale*, n° 2, 2006
29. *Pouvoir, paternalisme et partenariats*. Document de travail. Toronto, Association Canadienne pour la Santé Mentale, 2006, 4 p.
30. *Psychiatrie, un réseau, des solidarités*. Dans : *L'Observatoire*, n° 1, 1993
31. *Psychiatrie en devenir : les clubs*. Dans : *Pratiques en santé mentale*, n° 3, 2004
32. Priels J.-M., *Le Groupe d'entraide : une réponse palliative instituée*. Dans : *Le Journal de l'AFPC*, 2002, n° 1, pp. 13-14
33. Rabinovitch S., *La Folie du transfert*. Ramonville Saint-Agne, Erès, 2006
34. Racine H., Gingras B., *Le groupe d'entraide en psychiatrie : un soutien valable pour l'entourage*. *Nursing Québec*, 1991, 11, 5: 50-57
35. *Représentations des troubles psychiques, pratiques de soins et vécu des malades*. Dans : *lettre MIRE*, n° 13, avril 2007
36. Rigatti B., Collet D., *La Charabole récompensée*. Dans : *Confluences*, n° 15, décembre 2006, p. 6
37. Roelandt J.-L., Desmons P., *Manuel de psychiatrie citoyenne : l'avenir d'une désillusion*. Paris, In Press, 2002
38. *Rôles et place des ressources alternatives*. Gouvernement du Québec, Comité de la santé mentale du Québec, 1985, pp. 5-17
39. Saint-Amand N., Clavette H., *Entraide et débrouillardise sociale : au-delà de la psychiatrie*. Ottawa – Montréal, Conseil canadien de développement social, 1991
40. Sassolas M., *Les Portes de la psychiatrie*. Erès, Ramonville Saint-Agne, 2002
41. Stern D. N., *Le Moment présent en psychothérapie : un monde dans un grain de sable*. Paris, Odile Jacob, 2003
42. Velpry L., *Ce que disent les personnes confrontées à un trouble mental grave*. Dans : Joubert M., *Santé mentale, ville et violences*. Ramonville Saint-Agne, Erès, 2003, pp. 35-60
43. Velpry L., *L'Expérience sociale de la maladie mentale : être patient à long terme en psychiatrie de secteur*. Thèse de doctorat en sociologie, Université Paris V, mai 2006
44. Velpry L., *Les Personnes souffrant de troubles mentaux graves. Itinéraires de prise en charge et modes de vie. Etude exploratoire : approcher l'expérience de la maladie mentale*. Rapport MiRe, Cesames, 2001 : <http://www.cesames.org/Textes%20et%20documents/Livia-Vmire.htm>
45. Velpry L., *Vivre avec une maladie mentale : modes de vie et prise en charge dans un secteur psychiatrique parisien*. Mai 2005 (Programme Sciences biomédicales, Santé, Société – 2002) : http://cesames.org/spip/IMG/pdf/Vivre_avec_une_maladie_mentale.pdf
46. Villeneuve C., *L'intervention en santé mentale : le pouvoir thérapeutique des familles*. Montréal, Presses universitaires de Montréal, 2006
47. Zarifian E., *La Force de guérir*. Paris, Odile Jacob, 1999

Infos :

In-folio

Centre de documentation - IWSM

Delphine Doucet

081/23.50.12 - in.folio@iwsmb.be