

DÉSINSERTION SOCIALE ET SANTÉ MENTALE

Luc COLINET, Bénédikte De VEUSTER et Annie NÉLISSENNE¹

Avec la contribution de Charles BURQUEL, Nadine DEMOORTELE, Manu GONÇALVES, Françoise HERRYGERS et Eric MESSENS.

La reconnaissance de l'importance de la dimension sociale dans la compréhension et l'appréhension des personnes rencontrées dans le champ de la santé mentale n'est pas chose nouvelle. Ce qui est plus récent, ce sont toutes les réflexions autour d'une désinsertion sociale dont on laisse entendre qu'elle est le fait d'individus incapables ou malades, sans prendre en compte qu'elle peut être aussi le produit d'une certaine organisation du social.

Partant de l'axe Santé Mentale, il paraît judicieux d'aborder ce concept de désinsertion sociale sous deux angles.

Pour commencer, le préfixe *dés-* fait référence à l'idée d'une *perte* ou à l'idée d'un *manque* (cfr. déséquilibre, désespoir, déstabilisé, désenchanté, désemparé,...).

Dés-insertion fait donc référence pour certains à une perte d'insertion. L'insertion a été perdue... Mais suite à quoi ?... Une maladie physique ou psychiatrique, une spirale de surendettement, une perte d'emploi, une faillite, une séparation ou divorce, un accident... ? Sans doute le plus souvent un cumul de plusieurs circonstances...

Pour d'autres (comme les individus ou les familles qui sont dans la précarité depuis plusieurs générations, ou encore certaines personnes handicapées de naissance), il n'y aurait jamais eu d'insertion sociale.

Dans le champ de la santé mentale, les intervenants sont particulièrement interpellés par les personnes en perte d'insertion suite à des épisodes de

difficultés psychologiques, sociales, économiques ou suite à la maladie mentale.

A l'hôpital psychiatrique, on constate que les personnes souffrant de maladie mentale peuvent entrer dans un mécanisme de désinsertion sociale qu'il est généralement très difficile d'enrayer. En effet, il n'est pas rare qu'en un très court laps de temps, les patients se retrouvent sans revenu, sans logement, sans réseau social... Il faut insister sur le fait qu'il s'agit d'une évolution et non d'un état dont le patient ne peut s'extraire.

En dehors de l'hôpital, les personnes présentant des troubles mentaux ou des difficultés psychosociales passagères se trouvent prises dans ce même mécanisme de désinsertion, surtout lorsqu'elles sont isolées ou pauvres en liens sociaux ou familiaux.

La notion de désinsertion sociale telle que l'aborde le sociologue Vincent de Gaulejac, à savoir comme un processus qui se décompose en quatre dimensions principales et interdépendantes donne parfaitement corps à nos observations sur le terrain :

Mots-clés

- santé mentale
- désinsertion sociale
- pauvreté

1. Ligue bruxelloise francophone pour la Santé mentale.

1. Sur un plan économique

- Le cursus scolaire est souvent inachevé. La personne éprouve des difficultés à trouver un emploi et, souvent, n'a pas droit aux prestations sociales classiques. Dès lors, la seule possibilité restant offerte est d'en appeler avec patience et opiniâtreté aux régimes résiduaux pour assurer des ressources financières. Une part importante du travail des intervenants consiste à remettre la personne dans ses droits.
- Généralement, la personne a peu d'années d'expérience professionnelle et/ou elles sont très lointaines, ce qui rend sa remise dans le circuit du travail très hypothétique. Le monde professionnel a des exigences telles qu'elles peuvent le rendre inaccessible à certains. A cela, on peut ajouter l'intolérance à la différence et le manque de temps consacré à l'intégration des travailleurs dont on exige, dès le premier jour, rentabilité et performance.
- Les ressources financières s'avèrent souvent trop faibles pour assurer les besoins basiques essentiels, tels le logement, l'alimentation, les soins de santé,..., avec pour conséquences une diminution de la qualité de vie et une dévalorisation massive de l'estime de soi.

2. Sur le plan symbolique

Contrairement à un passé encore proche où le "fou du village" avait place et fonction (cfr. Geel), aujourd'hui, l'étiquette de "malade mental" marque profondément la vie de celui/celle qu'elle catégorise, l'isole, touche également son entourage et se répercute sur les représentations de la société dans sa globalité. Cette stigmatisation dévalorise l'individu et ne le rend guère enclin à se confronter à

la réalité... Ce qui n'est pas sans conséquences, pour lui, du point de vue économique. Un travail d'encouragement et de renarcissisation est, dès lors, primordial.

La prise de conscience de cette dimension symbolique prend surtout de l'importance dans l'"après-crise", et plus particulièrement lors des essais de réinsertion.

3. Sur le plan social

Cette perte de la réalité, cette image de soi dévalorisée entraînent une perturbation, voire une rupture du lien social, et amènent inévitablement à une situation de repli sur soi. Les personnes se marginalisent alors très vite. Une part du rôle des travailleurs sociaux, tant à l'hôpital psychiatrique que dans les Services de Santé Mentale de l'ambulatoire, consiste à retisser des liens sociaux porteurs de sens pour ces personnes, sur lesquels elles pourront s'appuyer une fois sorties de l'institution.

4. Sur le plan spatial (donnant accès à un environnement urbain de qualité)

Pour la plupart de ces personnes, avoir un logement "privé" a du sens, un sens de normalité et d'insertion. Y accéder s'apparente pourtant souvent au parcours du combattant et pour plusieurs motifs : financiers, intolérance du voisinage, pragmatisme des patients,... De plus, les personnes sortant d'institutions psychiatriques ont, la plupart du temps, une capacité de mobilisation réduite dans un environnement perçu comme anxiogène. Le travailleur social visera alors une reprise d'autonomie de celles-ci, avec comme visée de les réinscrire dans leur projet de vie.

Les intervenants du terrain peuvent, à leur tour témoigner que :

- Le désir de la plupart des gens ainsi rencontrés est d'avoir, dans la Cité, une place à part entière, avec les mêmes droits et devoirs que tout un chacun.
- Des lieux de vie, de parole, où les personnes peuvent "se déposer", exister pour elles-mêmes et être reconnues par l'autre, sont aujourd'hui trop peu nombreux.

Un deuxième groupe de personnes pour lesquelles le risque de désinsertion sociale est majeur est celui formé par les personnes précarisées, et en particulier ces personnes qui s'inscrivent dans une histoire de pauvreté depuis plusieurs générations, ceux du "quart monde", comme on dit souvent.

Ces personnes et familles nous interpellent singulièrement parce qu'elles vivent très souvent en situation d'exclusion (mauvaise réputation au niveau des voisins, des commerçants du quartier, de l'école, de la police, de la justice, des services sociaux,...) alors même qu'elles mobilisent souvent un grand nombre d'intervenants sociaux.

Elles présentent un certain nombre de "non-maîtrises" qui seront autant d'obstacles à l'insertion sociale et au changement.

Parmi celles-ci, les plus importantes semblent être :

1. La non-maîtrise du "savoir"

Certains ne savent ni lire, ni écrire, ni calculer. Ils ont parfois juste assez de connaissances pour masquer ces déficits...

2. La non-maîtrise des moyens d'action sur la réalité

Le pauvre est souvent maîtrisé par les événements extérieurs. Les décisions se prennent en dehors de lui. Il est en situation de dépendance. Il développe un sentiment de fatalité.

3. La non-maîtrise du temps

Même si le temps peut s'inscrire dans une certaine durée (projet de fonder une famille, attente du retour d'un enfant placé,...), la préoccupation essentielle est celle de l'immédiat, de la survie.

4. La non-maîtrise de l'activité

Quand il y en a, le travail est mal rémunéré et instable. Le plus souvent, il est cyclique, il permet de couvrir un besoin immédiat, ou encore il s'agit d'un système de "combines" qui ne tient pas longtemps.

5. La non-maîtrise des relations avec autrui

Comme tout homme, le pauvre a besoin d'être reconnu, mais il a beaucoup de difficultés pour créer de vraies relations. Il a souvent peu confiance en lui. Il a honte de sa situation.

La majorité des enfants se retrouvent dans l'enseignement spécialisé dès les premières années primaires. Très souvent les parents ont été placés au cours de leur enfance, et les enfants connaissent eux-mêmes des périodes plus ou moins longues de placement dans des institutions ou des familles d'accueil.

Même si différentes études, surtout nord-américaines, montrent que dans les régions économiquement les plus défavorisées, on compte une plus grande quantité de personnes présentant des troubles mentaux, nous pensons qu'il n'y a pas une corrélation simple entre pauvreté et santé mentale. Il faut faire intervenir différents facteurs parmi lesquels deux sont importants :

- Le premier serait un facteur de concentration. Les milieux pauvres

seraient des "lieux de refuge" pour les personnes à problèmes.

- Le deuxième est le processus de chronicité. La période de guérison serait plus longue car les conditions de vie empêchent de reprendre le dessus ou favorisent les rechutes. Les durées d'hospitalisation sont beaucoup plus longues quand il y a des problèmes sociaux.

La pauvreté économique en tant que telle n'est pas responsable de l'apparition de troubles mentaux, mais les conditions de vie, liées aux "non-maîtrises" dont nous parlions plus haut, peuvent entraîner un nombre important de problèmes existentiels et une souffrance psychique non négligeable (stress quotidien, vulnérabilité psychique, dépression, résignation, déni,...). C'est en particulier sur le *plan symbolique* que les choses sont peut-être le plus difficile, du fait d'une confrontation aux normes stigmatisantes, invalidantes, qui entraînent l'intériorisation d'une identité négative, une mauvaise estime de soi, un sentiment d'infériorité et de honte.

Le rapport de ces personnes avec les institutions chargées de les aider est très souvent négatif. Il y a un double sentiment de rejet et d'impuissance. Il nous semble important d'évoquer ici le développement de plus en plus important de ce que J.F. Lavis (Docteur en Sociologie, Coordinateur de la Plate-Forme de concertation de la région du Centre pour la santé mentale) et S. Faelli (Psychiatre décédé récemment, qui a travaillé de nombreuses années au Centre de Guidance de La Louvière ainsi qu'au Centre de Guidance de Binche) appellent le **collectif abstrait** qui peut se définir comme un ensemble de lois et réglementations classant les personnes en catégories administratives prédéterminées. Les rubriques sont nombreuses : chômeurs, minimexés, invalides, handicapés,... Si l'assignation

officielle de la catégorie donne droit à des avantages et des protections, elle ne va pas sans stigmatisation et entraîne une énorme dépendance et un sentiment d'inutilité.

Illustration s'il en est besoin, que dans toute société, un système d'assistance ne peut se structurer qu'à partir d'un clivage entre "bons" et "mauvais" pauvres (cfr. R. Castel).

L'individu est donc pris entièrement dans ce collectif abstrait. Il est dépendant.

Parallèlement, la société actuelle l'individualise d'avantage. L'air du temps a changé. Il est plus à la fixation d'objectifs individuels que collectifs. Ce qui amène de plus en plus d'organismes d'aide tels que CPAS, Aide à la jeunesse, Ecoles et Centres PMS,..., à "contraindre" les personnes à voir un psychologue, à se faire "soigner". On glisse alors vers une condition supplémentaire pour "avoir droit à...". Mais comment la personne prise dans ce collectif abstrait peut-elle retrouver une *parole authentique*, une *parole à soi* qu'on essaie de faire émerger dans un processus psychothérapeutique ? D'autres questions aussi viennent à l'esprit : qu'en est-il du secret professionnel dans ces conditions ? Comment peut-on "soigner" sur injonction d'un organisme d'aide ?

De plus, bien souvent, les pauvres ont un préjugé défavorable vis-à-vis des psychologues et psychiatres. Ce qui est bien compréhensible au vu des circonstances dans lesquelles se passent généralement les rencontres : échec scolaire, orientation en enseignement spécialisé, décision de justice suivie de placement, internement pour alcoolisme,...

Il y a aussi le risque du **regard psychiatrique** dont parle A. Piquard, lorsque le psychiatre ou le psychologue sélectionnent dans le discours de l'autre des éléments qui prennent sens

pour eux en oubliant que certaines choses explicitées ou non par le patient peuvent faire référence à une réalité que le thérapeute ignore et parfois ne peut même pas imaginer.

L'évolution actuelle de la société, l'apparition de l'Etat social actif redéfinissent la pauvreté avant tout comme un problème individuel. On ne parle plus d'égalité mais d'égalité des chances. On repense l'équilibre entre responsabilités individuelles et collectives. Le réseau de sécurité des droits doit être un tremplin vers la responsabilité personnelle. On remet en question la séparation entre responsabilité (volontaire) et circonstances (involontaires), l'idée d'accident de parcours est réduite à portion congrue. La tendance à la psychologisation de l'aide sociale va dans le même sens, c'est-à-dire à une individualisation des problèmes, comme si la pauvreté était le résultat d'une somme de facteurs individuels isolés sous forme de manques et de carences. On imagine ce que l'application, sans réflexion ni débat, de telles références sur des interventions de santé mentale peut amener en définitive comme charge supplémentaire sur des personnes en détresse.

Or, nous savons que la pauvreté est avant tout l'expression d'un rapport social, d'une relation entre les hommes. Elle s'inscrit dans l'ordre économique libéral. Elle n'est pas sans raison ni fonction. D'où la nécessité d'une analyse sur ce qui socialement la produit. Nécessité d'interpeller aux différents niveaux politiques, nécessité de mettre en question ce rapport social. Mais est-ce à la "santé mentale" à faire ce travail ? Sans doute, car trop souvent notre façon de travailler risque de maintenir un système social qui produit la pauvreté et la désinsertion. Dans de nombreuses circonstances, nous nous voyons obligés de valoriser le système

d'assistance-réparation (collectif abstrait) car nous n'avons pas d'alternatives. Sans doute aussi et surtout si l'ouverture à ces questions permet une réflexion et une mise en place de modèles de bien-être progressistes, aussi éloignés que possible d'une aide conditionnée.

Nous ne pouvons terminer sans faire mention des initiatives locales qui existent sur le modèle du développement communautaire. Modèle suffisamment opérant dans le travail avec les familles les plus pauvres. Ce type d'action vise à augmenter la socialité, c'est-à-dire la qualité relationnelle du tissu social (participation, meilleure estime de soi, confiance, changement du regard de l'autre, élargissement des relations,...). Il nous semble urgent que les pouvoirs publics soutiennent efficacement ces initiatives et en suscitent de nouvelles. Des études pourraient aussi être faites sur l'impact suscité par les modes d'attribution des aides du CPAS ou des appartements dans les habitations sociales, impact sur les structures familiales et les relations entre les membres de la famille (situation conjugale, la place du père,...). Le père dés-inséré dans sa famille peut-il s'insérer socialement ? ■

Bibliographie

CASTEL Robert, "Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat", Coll. Folio Essais.

FAELLI Serge et LAVIS Jean-François, "La psychiatrie sociale : langages et exercice dans la transition culturelle", Actapsychiatria, 1998.

PIQUARD A. et coll., "A la rencontre de l'enfant très défavorisé ou ambiguïté du regard psychiatrique sur 'ces gens là'", Psychiatrie de l'enfant, XXX, 1. 1987.

