

Les prof... ▾



Les professionnels “aux frontières”

Alain Vanoeteren, Psychologue, coordinateur-responsable du projet Ulysse

A Ulysse, le passage de frontières ne concerne pas que les usagers, les professionnels de l'équipe en font aussi, à leur niveau, l'expérience, en risquant la mise en place d'une pratique où s'entremêlent les aptitudes à écouter la souffrance psychique et sociale des exilés.

Créée à la fin de l'année 2001, l'association Ulysse^[1] a pour mission principale de développer des initiatives destinées à faciliter l'accès au cadre de l'aide en santé mentale pour les personnes exilées. Ce mandat concerne une catégorie de personnes majoritairement, mais pas exclusivement, composées de demandeurs d'asile, à tous les stades de la procédure. A côté de ceux-ci, l'appellation « personnes exilées » ouvre le champ de notre action à toutes les situations où entre en jeu une problématique de précarité ou d'absence de droit au séjour sur le territoire belge. Cette ouverture s'appuie sur la conviction qu'il y a légitimement lieu de se préoccuper de la santé psychique de ceux que l'on appelle communément les sans-papiers, les clandestins, ou les illégaux, et sur la volonté de la faire.

Un service d'accompagnement psychosocial et psychothérapeutique

Pour mettre en pratique sa mission, Ulysse a ouvert début 2003 un service spécialisé dans l'accueil, le soutien et le suivi de personnes présentant conjointement des signes patents de souffrance psychique et une situation de précarité du droit au séjour.

L'initiative de la mise en place de cette nouvelle équipe a été prise dans la foulée d'une recherche-action, menée en 2002, dont le mandat était d'évaluer les besoins et ressources en matière de santé mentale, pour les exilés, en région bruxelloise. Cette étude a mis en évidence l'existence d'un écart remarquable entre l'estimation des indices de souffrance psychique pour la population concernée, unanimement reconnus comme très importants par les acteurs de terrain interrogés, et celle des ressources, très régulièrement présentées comme insuffisantes, ou inopérantes. A l'exception des expériences d'un centre, spécialisé dans

le domaine de la prise en charge psychothérapeutique des personnes exilées victimes de faits de violence organisée (le centre « exil »), débordé par la demande, et de quelques initiatives de services de santé mentale implantés dans des quartiers à forte densité de population d'origine étrangère, il est apparu que la rencontre entre les protagonistes concernés, professionnels de la santé mentale et personnes exilées en souffrance, débouchait trop régulièrement sur une impasse, un constat d'échec, pour autant qu'elle ait lieu.

Pour l'expliquer, trois types de facteurs principaux ressortent de l'analyse des entretiens des acteurs interrogés, que l'on peut grossièrement résumer comme suit :

- Ceux liés aux particularités du public-cible, présenté comme peu réceptif au cadre de l'aide en santé mentale, tantôt parce qu'il en méconnaît l'existence et les usages, tantôt parce qu'il est jugé trop différent culturellement, tantôt parce qu'il craint, ou a honte, d'y avoir recours.
- Ceux liés au contexte social particulier dans lequel se retrouve les exilés, marqué par la précarité des conditions de vie, la permanence d'un vécu d'insécurité réel, le rôle néfaste de diverses formes de violence et de rejet institutionnels, souvent entretenues par les autorités, qui influenceraient négativement l'établissement et l'efficacité d'un processus psychothérapeutique.
- Ceux liés aux réserves et au manque de ressources (temps, information, formation) des travailleurs du secteur.

Un dispositif original

De là, la conviction des promoteurs du service Ulysse qu'il y avait lieu de mettre en oeuvre un dispositif original, spécialement conçu pour rendre possible et opérant un cadre d'accompagnement psychosocial et de pratique psychothérapeutique adapté aux personnes exilées.

Les caractéristiques principales de ce dispositif furent toutes pensées en réponse à la problématique d'accès aux soins que la recherche avait mise en évidence. Certaines chahutent franchement la conception classique de ce qu'une relation thérapeutique est supposée instituer d'emblée pour pouvoir se déployer.

Citons les principales d'entre elles : gratuité ; importance accordée au premier accueil, inconditionnel, sans en passer nécessairement par un rendez-vous (larges horaires de permanence) ; disponibilité des intervenants et rapidité de l'établissement du cadre de prise en charge ; mobilité des intervenants, susceptibles de se rendre à la rencontre du bénéficiaire, et très régulièrement amenés à l'accompagner dans ses démarches, notamment pour tout ce qui a trait à la procédure d'asile ou au droit au séjour ; prise en charge globale, tenant compte de dimensions sociales, administratives, juridiques, habituellement traitées en marge du travail psychothérapeutique, mais dont les implications sont ici à ce point essentielles qu'il nous apparaît inconcevable de les dissocier, dans un travail supposé avoir pour finalité l'amélioration du bien-être psychique ; enfin, pour articuler l'ensemble de ce dispositif, la systématisation du travail en réseau avec des professionnels actifs dans les champs de compétences connexes, des centres d'hébergement d'urgence aux services médicaux.

Une équipe pluridisciplinaire

On pourrait croire, en lisant ce catalogue de mesures « réparatrices » d'une réalité jugée tantôt décevante, tantôt franchement nocive, que notre association dispose d'un large soutien financier, privé ou public, autorisant la création d'une nombreuse équipe pluridisciplinaire. Il n'en est rien ; l'équipe du service d'accompagnement n'a jamais dépassé les cinq équivalents temps plein, personnel administratif compris. Ces professionnels ont ouvert, ou poursuivi en 2004, approximativement 200 dossiers, selon la méthodologie pré-citée. Cette disponibilité et cette efficacité n'ont pu se concrétiser que grâce à une autre particularité du service, qui, à notre insu, s'est progressivement révélée comme aussi originale, peut-être plus riche et plus complexe que la majorité des autres : le décloisonnement important des rôles et fonctions de chacun au sein de l'équipe. Ainsi, en dehors de quelques tâches spécifiques d'intendance et de coordination, toutes les personnes en charge de dossiers sont invitées à les traiter en intégrant tous les enjeux présents aux différents niveaux de la problématique de la personne ou de la famille concernée. Cela signifie, pour les psychologues de l'équipe, de s'engager dans une forme d'accompagnement qui inclut les dimensions conjoncturelles, marquées par l'extrême précarité des conditions de (sur)vie des illégaux, l'insécurité permanente liée au statut de séjour, la violence socio-administrative dont sont victimes la très grande majorité de nos bénéficiaires,

particulièrement celle imposée par les exigences de vérification inquisitrices de la procédure de reconnaissance du statut de réfugié, qui représentent, pour beaucoup une forme de reviviscence traumatique.

Dans le même ordre d'idées, cela implique, pour les personnes de l'équipe formées au travail social, d'être prêtes à tenir compte des résonances intrasubjectives particulières à chaque personne suivie, de les nouer aux bien légitimes préoccupations portant sur l'environnement social désastreux décrit plus haut. Plus précisément, dans notre mode de fonctionnement, la prise en considération conjointe des manifestations de la souffrance psychique, et de leur traitement, concerne indifférentiellement toute l'équipe, et ce tant au niveau de la symptomatologie réactionnelle aux événements passés (torture, violence organisée, deuil, exil, déracinement...) et actuels (solitude, insécurité globale, perte de repères sociaux et culturels, perte du statut social, désillusions), présente, à des degrés et sous des formes diverses, chez tous nos bénéficiaires, que des troubles psychopathologiques structurels de plus ou moins forte intensité que présentent certains d'entre eux.

Le service met en place, pour rendre un tel système viable, crédible et rigoureux, une logique de communication interne et de travail en équipe, articulées autour de la réunion clinique hebdomadaire, et sur une forme élaborée de solidarité informelle entre collègues.

L'ambition d'Ulysse était et reste de représenter un espace de réparation psychique, un lieu psycho- et socio-thérapeutique plutôt qu'un centre de consultation pluridisciplinaire spécialisé dans les psychopathologies de l'exil. Chaque travailleur psychosocial prend la responsabilité globale d'un suivi à Ulysse. On peut parler de lui comme personne-référence dans l'association, comme celui qui assure la répondeance pour le bénéficiaire concerné. Ce glissement sémantique autorise une représentation plus exacte de notre mode de fonctionnement : c'est toute l'équipe qui intervient et est concernée pour chaque personne suivie, et c'est un de ses membres qui en répond dans un espace relationnel particularisé, mais toujours référé au fonctionnement général du service. Ce modèle est très clairement inspiré par les longues années d'une pratique de psychothérapie institutionnelle en communauté thérapeutique des deux psychologues les plus chevronnés du service, dans une de ces rares terres d'asile pour les rescapés des pratiques exclusivement biomédicales et/ou asilaires. C'est là que ces cliniciens ont assisté et participé à un mode de traitement de type sociothérapeutique de patients psychiatriques chroniques, et pu en mesurer la richesse, le caractère apaisant, respectueux, et l'efficacité.

Le choix de tenter d'en appliquer de nombreux traits au sein d'un service ambulatoire, pour un public nouveau, les exilés, n'avait rien d'une reproduction mécanique et artificielle d'un modèle, hors contexte. Bien au contraire, ce choix partait du pari qu'il s'agissait d'une méthodologie fonctionnelle, la seule susceptible de répondre à la problématique d'accès aux soins, en intégrant les autres traits du dispositif d'aménagement du cadre, à partir d'une équipe de taille réduite. Chacun de ces aménagements du cadre mériterait une description détaillée et contextualisée pour mettre en évidence en quoi il contribue à l'établissement d'une relation d'accompagnement psychologique aux effets apaisants et reconstituteurs, improbable dans d'autres circonstances, en s'appuyant sur, et en s'articulant autour de la forme de « pratique clinique à plusieurs », exigeant une grande polyvalence. Faute de pouvoir réaliser ici cette revue détaillée, je me contente de confirmer que ce dispositif a permis leur déploiement, et d'évoquer dans la suite le sens global que nous prêtons à notre action, déployée comme telle, et quelques unes des difficultés qui n'ont pas manqué de surgir dans l'application de ces principes.

L'enjeu est bel et bien d'arriver à personnifier un espace où les choses tiennent, où la parole compte, où les relations sociales cessent d'être menaçantes, pour restaurer le minimum de sécurité nécessaire à la relance du processus de reconstruction d'identification positive du sujet. La première exigence est de restaurer du lien, de la confiance interpersonnelle dans un contexte et pour des personnes qui furent souvent soumises à une véritable entreprise de déshumanisation. Pour certains, c'est le sentiment d'appartenance à la communauté humaine qui a été sérieusement ébranlé, et qu'il faut tenter de restaurer pas à pas. On ne saurait trop insister sur les ravages que l'expérience d'exil a provoqué à ce niveau chez ceux qui viennent nous consulter. Tous ont connu, à un moment ou un autre de leur parcours, atteinte, violation, destruction, voire anéantissement d'au moins un des socles de l'espace communautaire sur lesquels se structurent et s'élaborent les identités sociales et subjectives d'une personne. Certaines de ces atteintes perdurent, et, à ce niveau, nous nous devons de réaffirmer l'inacceptable des épreuves que nos sociétés « d'accueil » imposent aux candidats à l'asile, et plus globalement à tous les exilés. Dans ce contexte, supposer pouvoir intervenir efficacement sur l'amélioration de la santé mentale de ces personnes, socialement et psychologiquement précarisées, qui restent à la merci d'un environnement social qui perpétue la malveillance qu'ils ont subie, est une gageure. C'est une position difficile à tenir. Nous passons régulièrement pour des Don Quichotte, ou essayons les critiques d'intervenants qui mettent en doute la pertinence clinique du cadre que nous avons

élaboré, qualifié à l'occasion « d'infra-clinique », toutes les conditions n'étant pas jugées remplies pour instaurer un travail véritable sur la réalité psychique. Nous-mêmes devons d'ailleurs nous prémunir du risque de tomber, devant l'apparente nécessité des circonstances, dans les travers d'un fonctionnement d'urgentistes du psychosocial. Dans les situations que nous rencontrons, la frontière entre présence engagée, à partir de ce que la personne énonce, (dans laquelle l'espace de la relation thérapeutique est possible) et actions précipitées, pour le « bien de la personne », en amont de sa propre prise de position (ce qui bouche la possibilité du recours à l'espace de la relation), est mince. Un des enjeux fondamentaux de la crédibilité et de l'efficacité de notre clinique se situe précisément dans la distinction entre ces deux types de position.

Les limites

Quelques écueils ont résulté de la position de décloisonnement des rôles que nous promovons. Pas tant au niveau de l'indifférenciation entre les rôles que cette situation générerait, nos bénéficiaires ne sont pas plus dupes que ne l'étaient les patients psychotiques en communauté sur ce point : ce n'est pas parce que le coordinateur ouvre la porte, sert le café, et s'occupe, si nécessaire, de l'agenda des rendez-vous, qu'il n'est pas clairement identifié comme la personne responsable du service. Là où, par contre, notre système a éprouvé ses limites, c'est dans l'insécurité qu'il instaure chez certains de ses acteurs, notamment les travailleurs sociaux, sommés, en un temps record, pour des situations particulièrement lourdes, d'être aptes à explorer efficacement les ressorts thérapeutiques d'un cadre relationnel adéquat. Aujourd'hui nous sommes revenus d'une application trop naïve et rigide de dépassement des spécificités, où tout le monde peut tout faire, pour peu que l'équipe soit là en support, dans des matières aussi complexes, exigeantes, et émotionnellement éprouvantes. Nous avons réintroduit dans notre pratique un minimum de re-spécialisation, les suivis étant attribués différenciellement, en fonction des contenus et du type de problématique entrevus lors de l'entretien d'accueil, à l'un ou l'autre membre de l'équipe, les cas les plus lourds étant réservés aux psychothérapeutes les plus expérimentés.

Pour conclure

En soulignant les effets pervers potentiels de l'ouverture au cadre de l'aide en santé mentale à une nouvelle catégorie de personnes précarisées, les exilés, j'aimerais évoquer un risque qu'une pratique comme la nôtre court. Notre position peut être lue comme idéologiquement contestable, dans la mesure où elle représenterait un des avatars de la tendance à psychologiser une misère socialement induite, dont les déterminants restent actifs et dévastateurs. L'aide psychologique aux victimes de discriminations socialement induites pourrait en outre être apparentée à une forme de caution morale pour le système qui en est à l'origine. Pour peu, notre pratique risquerait de verser dans une forme de reformulation, renvoyant à la psychopathologie ou aux ressources individuelles, pour comprendre, analyser et traiter les effets d'une souffrance d'origine sociale. Ce risque est réel, j'en veux pour preuve le recours de plus en plus systématique à des concepts empruntés à l'éthologie pour légitimer une forme d'aide qui consisterait essentiellement à remobiliser les capacités biologiques, physiologiques et psychologiques à s'adapter à un environnement hostile du sujet réfugié en souffrance. Notre pratique à Ulysse tente de proposer une alternative à ce glissement, proposant une version de l'accompagnement psychosocial à la fois respectueuse des particularités subjectives et culturelles de la personne, centrée sur la restauration d'un espace relationnel pacifié, et engagée dans un processus de reconstruction plus large qui ne nous fait pas oublier l'essentiel : l'accès aux droits sociaux fondamentaux, et notamment au statut de citoyen, pour nos bénéficiaires, et plus globalement pour tous ceux qui sont aujourd'hui des « damnés de la terre » d'asile.

Note de bas de page



[1] Ulysse asbl, avenue Jean Volders, 11 – 1060 Bruxelles. Tél. 02/533 06 70. e-mail : ulyссе.asbl@skynet.be

Les prof... ▾



ORSPERE SAMDARRA
CENTRE HOSPITALIER LE VINATIER BP 30039 - 95
BD PINEL 69678 BRON CEDEX