

“Précarité et santé mentale”

Pascale De Ridder, 1/12/16, journée CASS

Je suis très heureuse de l'opportunité qui m'est donnée aujourd'hui de partager avec vous quelques constats nés de mon expérience auprès de publics précarisés et exclus. J'ai en effet travaillé quelques années dans une maison thérapeutique pour personnes psychotiques-toxicomanes et actuellement, je reçois depuis 13 ans des personnes exilées en précarité de droit au séjour, au sein du SSM Ulysse.

Je reçois en consultations individuelles et en activités communautaires.

J'anime également un séminaire « précarité et santé mentale » au sein du cycle psychothérapeutique de la formation continue de l'ULB, où j'aborde ce qu'on pourrait nommer la clinique psychanalytique de l'exclusion. Précarité, pauvreté, souffrance, exclusion se côtoient très souvent et nous allons d'abord rapidement essayer de clarifier ces différentes notions.

Ensuite pour aborder les effets de la précarité sur la santé mentale, je vous ferai part des évolutions que nous connaissons dans nos interventions auprès des exilés, qui sont des sujets placés en situation de précarité car n'ayant aucun statut de citoyenneté.

Qu'est-ce que la précarité ?

La « précarité » est une notion générale et d'emploi banalisé, elle peut s'appliquer à des populations particulières pour désigner, selon les cas, un degré de pauvreté, un risque de devenir pauvre, une instabilité socio-économique; elle peut aussi renvoyer à une incertitude existentielle, qui touche toutes les couches de population. Etymologiquement précarité vient du latin juridique “precarius” qui signifie “obtenu par la prière”, cette valeur impliquant une intervention supérieure. Cela induit une sorte de fatalisme, une position passive qui attend que la solution lui soit apportée par l'Autre.

La précarité donne une idée de risque, d'insécurité et le sentiment de ne pas pouvoir maîtriser son existence actuelle ou à venir.

Du côté des institutions sociales, la précarité est plus définie du côté du manque réel:

C'est ainsi que selon ATD quart monde:

“... il y a précarité quand il y a absence d'une ou de plusieurs des sécurités qui permettent aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux.

La précarité fait perdre au sujet de sa capacité d'autonomie car quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, lorsqu'elle tend à se prolonger et devient persistante, elle engendre la grande pauvreté. Elle compromet alors gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités soi-même dans un avenir prévisible”.

Du côté de la santé mentale, la précarité renvoie plus aux effets subjectifs du manque de garantie de pouvoir compter sur un autre secourable:

En effet sur le plan psychologique, il y a une précarité normale et constitutive, signifiant la vulnérabilité de chaque être humain. Elle rend compte du fait que personne ne peut vivre seul ; dès notre naissance, nous dépendons entièrement de la réponse des adultes tutélaires à nos besoins pour survivre. C'est ainsi que se constitue le lien social, sur cette vulnérabilité de base qui passe du besoin à l'appel à l'autre, ce qui fonde le plaisir du lien et son ambivalence. Notre lien à l'autre repose sur la détresse possible, l'impuissance et l'incomplétude qui entraînent l'obligation d'une dépendance et d'une reconnaissance réciproque.

Jean Furtos, Psychiatre français, nous dit que normalement, la précarité fonctionne assez bien et produit des liens de solidarité et de reconnaissance.

Mais dans le contexte social actuel et en fonction de l'histoire de chacun, cette précarité psychologique normale et structurante peut se transformer en précarité exacerbée susceptible d'entraîner une triple perte de confiance :

En l'autre qui ne reconnaît pas l'existence

En soi-même, qui perd sa dignité d'exister et

En l'avenir, qui devient menaçant, avec une atténuation des désirs, projets et rêves qui appellent à continuer et à transmettre.

Cette triple perte de confiance a des conséquences sur les rapports sociaux. Elle peut aller jusqu'à l'auto-exclusion, où le sujet s'extrait du lien social pour éviter de souffrir.

Ce qui nous amène alors à la souffrance psychique, qui désigne quant à elle « une manière particulière de souffrir par le social, d'être affecté dans son être psychique par son être en société ».

La souffrance psychique est liée au rapport qu'entretient chacun avec cette peur réelle ou imaginaire de perdre

les objets sociaux dans un contexte incertain.

L'exclusion est généralement considérée comme un processus de cumul de ruptures avec les formes essentielles du lien social et les formes essentielles des modes de vie dominants dans une société donnée et pour finir la pauvreté se définit comme la situation des individus et des ménages marquée par l'insuffisance des ressources matérielles.

En ce qui concerne le lien entre précarité-santé mentale

C'est un thème récurrent dans la littérature sociologique et aussi une (fausse) évidence dans les représentations courantes : l'idée de causalité réciproque, à la fois dans le sens de la précarité comme cause de problème mental et dans l'autre sens à savoir, le problème de santé mentale cause de précarité.

La thèse des troubles mentaux comme origine de la précarité n'est pas défendue comme telle mais on en trouve une formulation atténuée dans les travaux sur l'identité ou la trajectoire de personnes en situation de précarité sociale, à travers les thématiques de la « fragilité » ou de la « vulnérabilité ».

De nombreux rapports pointent que le risque de rupture sociale pour les personnes atteintes de troubles psychotiques ou de l'humeur est dix fois plus important que pour la population générale.

Les situations de précarité et d'exclusion plaçant les personnes dans des conditions de vie difficile, non seulement d'un point de vue matériel, social, citoyen mais aussi psychologique, il est largement admis que cela contribue au risque de souffrance psychique voire de développer des troubles réactionnels.

Avec l'apparition d'un nouvel objectif assigné à la psychiatrie qui est la santé mentale, celle-ci a été amenée à élargir considérablement son champ, sous l'effet des demandes diversifiées de la population.

Mais si, l'évolution va dans le sens de la santé mentale et du bien-être, la psychiatrie seule n'est pas capable de remplir cet objectif. Les rapports de la santé mentale, de l'exclusion et de la précarité témoignent du fait que c'est à l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux, économiques et culturels d'intervenir, car la santé mentale et la santé générale sont déterminées par l'ensemble des facteurs à l'œuvre dans une société donnée.

Depuis une vingtaine d'année, les recherches sur la clinique psycho-sociale constatent l'extrême désarroi des acteurs sociaux et sanitaires face à la souffrance psychique qui gêne l'action des uns et apparaît comme étrangère au noyau dur des objectifs et des missions de la psychiatrie. Ceci conduit à une tentative de rejet de ces personnes d'une part, des sociaux vers le médical et a contrario à un rejet actif des acteurs de santé mentale qui affirment qu'il s'agit là de difficultés existentielles qui ne relève pas de leur compétence.

A Ulysse, nous avons décidé de ne pas faire cette distinction et d'écouter ces exilés en précarité de droit au séjour en tenant compte des dimensions psychiques, culturelles, juridiques et sociales car elles nous semblent en constantes interactions. Les demandes sociales sont souvent la porte pour parler d'autres difficultés pour des personnes n'ayant aucune culture « psy » et pour plein d'autres d'ailleurs car je ne pense pas que l'être humain se conçoive divisé selon nos répartitions professionnelles. Nous proposons donc un accompagnement psycho-social global, mobile et gratuit et des consultations psychiatriques concertées si nécessaire.

Je vous propose d'entendre cette expérience à titre emblématique voire paradigmatique de la question qui m'était posée sur la responsabilité individuelle ou collective des effets de la précarité sur la santé mentale. Les exilés ayant perdus tous les objets sociaux (logement, travail, argent, famille,...) qu'ils avaient au pays, ils dépendent plus fortement de la réponse des autres à leur détresse et de leur reconnaissance.

Responsabilité individuelle ou collective ?

A Ulysse en 13 ans d'activités, les caractéristiques de nos patients ont évoluées en termes de lieux d'origine (avant majorité d'Afrique sub-saharienne et maintenant du moyen-orient), de statuts (avant plus d'illégaux maintenant plus de demandeurs d'asile), de temps passé sur le territoire belge (on nous adresse les personnes de plus en plus tôt après leur arrivée) et nous avons dû nous adapter aux séquelles de traumatismes collectifs (guerres du Kosovo, de Tchétchénie), individuels (torture en prison, mutilations, violence conjugales), de contextes mafieux mais aussi à des accès aux soins se rétrécissant de plus en plus et à des procédures de plus en plus restrictives sur la possibilité de demander une protection.

Le discours présentant les « migrants » comme des séries de demandeurs manipulateurs, menteurs, à canaliser, des flux à gérer, des intrus à repousser s'est installé dans le discours commun, légitimé par l'insécurité

économique que nous vivons. Le flou sémantique est entretenu dans les médias où il est courant de parler de « demandeurs d'asile » si on veut attirer un peu de compassion et de « sans papiers » si on veut focaliser l'attention sur un problème et proposer une solution sécuritaire. Pourtant, il est évident que les exilés passent de plus en plus vite d'une catégorie à l'autre, sans perdre leur qualité d'humain entre les deux !

« J'en ai marre qu'on nous appelle des demandeurs d'asile, on est pas des numéros, on a une histoire nous aussi ! »

Depuis fin 2011, la Belgique connaît une accélération du processus actif de discrimination, sorte de folie rejetante, qui a pris au dépourvu les travailleurs de l'accueil, de l'accompagnement et de la défense des droits des étrangers.

Nous avons toujours pensé que c'était d'abord à travers l'accueil que quelque retour de dignité était possible et nous avons, à maintes reprises, vérifié les effets apaisants de pouvoir rencontrer un autre bienveillant et de ne plus être seuls confrontés aux expériences difficiles qu'ils rencontrent.

A Ulysse, nous sommes, à présent, témoins de l'application brutale et souvent arbitraire de directives administratives peu claires au niveau de l'accueil, qui provoquent pour les exilés des déplacements de lieux de vie nombreux, incompréhensibles pour eux, les fragilisant fortement sur le plan psychique. Ces changements récurrents d'hébergements entraînent des ruptures de liens à répétition. Les décisions sont prises sur des règles collectives qui évacuent le cas par cas, annulent toute singularité et attention revendiquée aux profils et à la vulnérabilité des personnes.

« La guerre c'est mieux que vivre ici comme ça ! »

« Les mots peuvent faire plus mal que les coups »

De plus, ces règles semblent changer constamment, ce qui rend l'information très difficile à transmettre pour ceux qui les accompagnent (tant sur le plan social, que juridique, que psychologique).

La loi n'est plus toujours respectée et les travailleurs de l'accueil sont soumis à des pressions et des demandes paradoxales, de la part de leur direction, ce qui exacerbe l'agressivité entre eux et les résidents. Leur idéal d'accueil est bien mis à mal, leur travail n'ayant plus d'accueillant que le nom.

Ce phénomène que l'on peut qualifier d'exclusion active a beaucoup de conséquences sur notre travail, une sorte de « poussa au retour » féroce, qui s'est déclenché dans notre pays. En effet, une grande partie de nos patients relient leur souffrance psychique aux conditions de l'accueil et à leur sentiment de ne pas être pris en considération en tant qu'êtres humains, que leur nécessité de protection soit minimisée voire nié.

« Ils ont pas dû comprendre... »

« C'est de l'humiliation, j'en arrive à détester tout le monde, me détester moi-même, je suis un mort vivant. »

A peine arrivés, tout est fait tant sur le plan de l'accueil que du traitement des procédures administratives pour que les nouveaux arrivants comprennent le caractère pratiquement inévitable d'un retour dans leur pays d'origine.

Ce discours doit être tenu par les travailleurs sociaux de l'accueil, ce qui les place dans des situations paradoxales intenable (Accueillir et rejeter). De plus, chaque décision négative dans leur demande de séjour, reçue par les candidats à l'installation en Belgique, s'accompagne d'une reprise du discours sur le retour à envisager, préparer voire réaliser et d'un document administratif intitulé « Ordre de quitter le territoire », qui place la personne non obéissante dans l'illégalité après 1 mois, déchéance qui peut leur être rappelée avec plus ou moins d'insistance voire de cruauté par la commune ou la police.

« Là-bas on nous tue avec des bombes ici avec des stylos »

Il faut ajouter que chaque décision négative fait perdre toute aide financière ou matérielle et souvent entraîne la perte du logement. Nous constatons que ces pertes sociales ont des conséquences lourdes et délétères sur l'état mental de nos patients car elles les replongent non seulement, dans l'angoisse d'une reconfrontation forcée à ce qu'ils ont tenté de fuir, mais dans la nécessaire survie, c'est à dire un régime du jour le jour et de la survie matérielle et psychique où les nécessités laissent place au gel psychique qui empêche l'élaboration des pertes, deuils ou traumatismes. « Dans la désaffiliation, la personne n'est plus maître de sa vie ni de son corps », nous dit Furtos.

« Les yeux ne voient plus rien... je n'entends plus rien. Ma main droite est à gauche et la gauche est à droite »

Des centres de retours « volontaires » ont été créés, laissant l'illusion à la population belge que le désir le plus cher de ces candidats à la protection est le retour dans le pays dont ils se sont enfuis. La fermeture de nombreuses places d'accueil complète le dispositif, soumettant les travailleurs sociaux par la précarité, la peur de perdre leur emploi. Cette angoisse, on le comprend, rend particulièrement docile à exécuter des actes, parfois complètement contraires à leurs engagements et valeurs.

Ces travailleurs de l'accueil sont amenés à parler du retour au pays, à exposer un processus de retour inéluctable à des personnes qui viennent de faire de nombreux sacrifices, traverser de nombreuses épreuves pour échapper à l'intenable. Nous le savons, c'est non seulement une totale ineptie mais une sanction de négation.

« Plutôt mourir ici que de rentrer au pays »

La plupart des personnes que nous recevons décident d'ailleurs de rester en Belgique. 80 % des déboutés se retrouvent dans l'illégalité, ce qui est très inquiétant pour l'avenir de ces personnes et familles qui vivront dans une situation de désinscription et d'illégitimité d'existence, qui provoque, on le sait, de nombreux troubles au niveau transmission et possibilité de se construire une culture remaniée par l'exil (ce que l'on repère au niveau de l'augmentation des demandes pour troubles du langage). Ce choix entraîne également une vie dans la grande précarité, avec des conditions de vie et de ressources variables mais toujours instables. Il s'agit aussi de vivre dans un contexte constant de menace réelle d'expulsion, synonyme d'arrachement voire pour certains de menace de mort dans leur pays d'origine, ce qui entraîne une angoisse permanente qui exacerbe les symptômes.

« Une inquiétude importante qui vient et repart, comme ça, parfois quand je suis dans la rue, alors je préfère rester seul, je m'isole ».

Depuis plusieurs années, les prises en charge que nous poursuivons à Ulysse, sans tenir compte du statut de séjour, sont pleines de ces contenus et de leurs effets délétères sur la santé mentale, physique et relationnelle de nos patients et de leurs enfants.

« La police est venue, je n'ai pas ouvert. Je me disais Si ils rentrent chez moi, je me jette par la fenêtre »

Nous assistons à un autre effet des changements politiques présentés plus haut, celui du retour dans l'illégalité de personnes pourtant dites intégrées, dont les enfants vont à l'école (voir sont nés en Belgique) et qui occupent des emplois. Situations que nous trouvons particulièrement inadmissibles et dont nous sommes incapables d'expliquer la logique à nos patients.

« Dès mon arrivée, on m'a enfermé en me collant une étiquette sur le front, en me privant de droits. Pourtant ma dignité humaine, on ne pourra jamais me l'enlever. »

Cette situation est extrêmement inquiétante pour la société belge dans son ensemble, qui fabrique des exclus à tour de bras, des personnes qui ne sentent plus appartenir à la communauté humaine.

« Nous ne sommes plus des humains »

Comme vous l'entendez, il nous semble que la responsabilité collective est fortement engagée car la précarité est organisée pour notamment décourager l'immigration en Belgique. Les dégâts humains de cette politique sont-ils mesurés ?

En effet, nous nous interrogeons avec Michèle Benhaïm, psychanalyste française sur « *Comment, si nul relais n'est pris sur le versant d'un Autre qu'incarnent des figures politiques, poursuivre notre entreprise réduite à cette tentative de restauration de l'altérité* ¹?

Quels sont les Effets sur l'accompagnement

Nous sommes souvent en grandes difficultés pour maintenir notre idéal thérapeutique basé sur la mise en place d'une relation pacifiée où se reconstruire des violences subies est possible.

Les facteurs d'humiliation de plus en plus féroces qu'ils vivent rendent la possibilité d'« être sujet » de plus en plus périlleuse, ce qui a des effets dans la relation thérapeutique. Nous le constatons particulièrement dans les nouvelles prises en charge, où il est très difficile de mettre et garder la personne en position de responsabilité, car elle a tendance à se mettre en position d'objet de nos soins, nous supposant un savoir social et juridique, capable de la sortir de la situation désespérante dans laquelle elle se sent, ce qui engage la relation du côté du faire (recherche d'avocat, vérification du respect des droits,...) et nous place d'emblée dans un vouloir le bien de l'autre dont il est ardu de sortir par la suite.

Nous pourrions nous retrouver dans la position transférentielle décrite par Patrick Declerck² dans « *Les naufragés* », son essai sur le travail thérapeutique avec les clochards de Paris. Il y parle de « *collusion anxio lytique* » dans l'accompagnement des situations de grande précarité et exclusion. « *il s'agit d'un vécu tout à fait particulier de sidération de la pensée du soignant, qui, à l'écoute du discours de son patient, se trouve comme écrasé par le poids inexorable d'une réalité présentée comme immuable et dans laquelle la dimension de liberté psychique du sujet ne peut tenir aucune place.* »

Car c'est bien l'angoisse qui est régulièrement sollicitée par le dénuement et la non satisfaction des besoins primordiaux et que l'action permet de diminuer.

Notre travail permet au sujet de ne pas être seul et d'avoir un « témoin » qui écoute, accrédite et qualifie ce qui se produit, un tiers dans le processus de symbolisation (mise en représentation), pour éviter la catastrophe d'une disparition subjective face au chaos. Comme seul lieu d'expression existant dans leur langue maternelle, nous étions déjà souvent un des seuls lieux de réception de la parole de nos patients et maintenant nous devenons régulièrement le seul « lieu de subjectivisation » possible, ce qui pose évidemment questions, car si la thérapie est un endroit où l'on déroule les coordonnées de sa position, on doit pouvoir les expérimenter dans la relation aux autres, pour pouvoir changer.

Cette situation entraîne également une inégalité de plus en plus forte en termes d'échange dans la relation avec nos patients. Nous devons y mettre de plus en plus pour qu'elle puisse avoir lieu (par ex. : nous payons de plus en plus souvent les trajets des patients en plus des interprètes et de la gratuité des entretiens). Ce qui met le désir de poursuivre la relation de notre côté et risque d'avoir des conséquences que nous n'avons pas encore pu mesurer.

Pour terminer je voudrais juste lancer le débat sur les effets sur les travailleurs

Comment faire ce travail qui nécessite sécurité, constance dans un cadre où la menace est permanente, les attaques incessantes, le déni d'humanité et l'exclusion actifs?

Même si cet engagement est possible et a tout son sens dans la rencontre avec les patients, il pose beaucoup de questions sur l'investissement très important que cela nous demande humainement, ainsi que sur notre capacité à long terme d'encaisser dans l'impuissance toute cette violence.

Car, d'une manière générale, les nombreux récits que nous entendons à Ulysse sont empreints de grande violence, celle subie dans le passé et celles auxquelles nos patients sont confrontés de par le manque de place qui leur est faite, la précarité de leur situation et les avatars de la débrouille pour survivre.

Comment métaboliser cette violence et l'augmentation d'angoisse subie par le thérapeute directement ou par ricochets ?

Michèle Benhaïm, ¹ « Vivre est plus difficile que survivre ? », in Clinique psychanalytique de l'Exclusion, Ed. Inconscient et Culture-Dunod, 2012, , pg 137-163

²P. Declerck, « Les Naufragés », ed. Plon Poche, coll. Terre Humaine, n° 11846, Paris, 2001, p. 351.

Une manière de le faire est de ne pas la nier, de pouvoir constater et parler de ses conséquences sur la dynamique collective et d'en penser les effets dans l'institution.

Bien sûr, les effets collectifs sont insidieux, difficiles à repérer, ils attaquent les mythes, les pratiques, les relations. Ils mettent en question l'organisation et la façon dont l'autorité est exercée dans le service et il est important de se faire aider par quelqu'un d'extérieur, pour mieux les identifier.

Une chose est sûre, nous devons être extrêmement vigilants à ne pas adopter, par défense contre l'insupportable impuissance, des attitudes de reproduction de cette violence aveugle et devenir des « *...travailleurs sociaux écoeurés qu'ils n'ont plus rien à proposer, plus rien à faire pour les gens qui sont toujours là dans la demande à laquelle il faut bien répondre quelque chose (...) qui deviennent de plus en plus insensibles à la détresse pour éviter d'être eux-mêmes débordés par l'angoisse, à moins qu'ils commencent à reprendre à leur compte le fait qu'on ne puisse pas accueillir toute la misère du monde.* », comme en parle Nicolas Velut³, psychiatre français.

Pour que tout cela n'entraîne pas de conséquences trop négatives, nous pouvons, institutionnellement, créer des espaces de discussion pour endiguer le débordement, faire circuler la parole, mettre en commun, partager ce « trop »

dans les équipes elles-mêmes mais également entre les travailleurs des différentes institutions que nos patients rencontrent, car nous ne sommes jamais les seuls intervenants dans ces situations. Bref, nous soutenir les uns les autres, respecter et comprendre les possibles et impossibles de chacun des intervenants, échanger, parler et continuer à penser pour garder la créativité et la vigilance vivantes !

Faire circuler les expériences pour recréer du tissu social entre nous et ouvrir de nouvelles possibilités d'action car j'aime cette idée de Philippe Davezies, chercheur en Médecine du travail français, « *que les êtres humains sont beaucoup plus conscients de ce qu'ils ratent que de tout ce qu'ils font pour que les choses ne s'enrayent pas!* »⁴.

Merci pour votre attention.

³ Velut N. (2015), « L'étranger, malade de l'institution », *Information psychiatrique*, n° 91, p. 5-7.

⁴ Philippe Davezies , « Les dimensions obscures de l'activité, obstacles ou ressources ? » ; *Rhizomes* 49-50, Octobre 2013, pg 3-4