

**ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE EN C. H. R. S. ET EN SERVICE
D'URGENCE: QUE FAIRE DE L'ABSENCE DE DEMANDE?
Réflexions Autour de la méthodologie**

Régine PICAMOLES, Mars 96

Texte rédigé pour le rapport d'activité 1995 de l'Auberge Sociale de DREUX

EN GUISE D'INTRODUCTION

Peut-être est-ce l'ironie du sort, mais toujours est-il que pendant la rédaction de ce texte, j'ai été sollicitée et ai passé un après-midi à faire hospitaliser un voisin en état d'ébriété avancée et qui refusait toute aide alors que son état de santé le nécessitait. La fois précédente et alors qu'il gisait nu dans la neige (alors qu'il est paraplégique), il nous a fallu nous battre, et ce n'est pas un mot vain, pour le faire hospitaliser en psychiatrie à la demande d'un tiers, sachant qu'un psychiatre et moi-même pouvions attester de la présence manifeste de troubles psychiatriques. "Oui, mais il ne veut pas se soigner", s'est-on entendu répondre, "on ne peut rien faire", "portez plainte pour outrage à la pudeur". Cet exemple, pour extrême qu'il est, illustre cruellement les dérives paradoxales d'une société où, à la limite, accéder aux soins nécessiterait d'abord d'être suffisamment bien, donc presque "guéri"...

Les problématiques des personnes que nous accueillons à l'Auberge Sociale, tant dans le cadre de l'urgence que dans celui d'un hébergement à moyen terme préparé, sont complexes et ne sont pas réductibles à un seul facteur (social, psychologique, familial...). Il s'agit le plus souvent de familles dites "à problèmes multiples". Notre accompagnement ne saurait donc se limiter à une réponse en termes d'hébergement ou en des termes purement sociaux, ni prétendre se réduire à un seul soutien psychologique. Ce préambule étant posé, l'objet de ma réflexion se limite ici à l'accompagnement psychologique et à quelques unes de ses spécificités.

J'aborderai successivement la question des jeux de l'offre et de la demande concernant le type de population accueillie puis quelques caractéristiques de mes orientations actuelles de travail.

**I DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE. LES JEUX DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE.
L'accompagnement doit-il être spécifique ou peut-il être banalisé?**

Les constatations que je tire de mon expérience clinique auprès des personnes que je rencontre rejoignent pour bonne part certaines affirmations du rapport du groupe de travail «Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale » intitulé « Une souffrance qu'on ne peut plus cacher », même si les populations sont un peu différentes. A savoir, **les personnes accueillies sont presque sans exception toutes porteuses d'une souffrance psychique importante. Une caractéristique fréquente de cette souffrance est d'être méconnue par le**

sujet lui-même. Tout se passe comme si dans une situation de grande détresse psychosociale le seuil de perception de cette souffrance était modifié, tant leur état actuel est vécu par eux comme permanent et inévitable.

Le rapport précité constate par exemple qu'"un allocataire du R.M.I. sur deux qui présente des signes de dépression n'a même pas consulté un généraliste, alors que 30 % des adhérents à la MGEN (classe moyenne, sans inquiétudes de chômage) disent souffrir de dépression, alors qu'ils présentent moins souvent cette symptomatologie que la population générale". Conséquence : à souffrance psychique comparable ou, pire, plus intense (si tant est qu'on puisse ainsi formuler le problème), les populations dites en difficultés n'effectueront pas de demande de soins alors que des populations mieux insérées socialement pourront accéder bien plus facilement aux prestations proposées par les systèmes de soins, libéral ou public.

On peut pointer ici l'aspect paradoxal d'une offre de soins ne pouvant répondre qu'à une demande préalablement identifiée et clairement exprimée comme telle, ce qui renforce à coup sûr le statut "d'incapables à demander et à se prendre en charge" de nos populations en difficultés.

De plus, l'affirmation de cette nécessité préalable d'une demande d'aide spontanée enferme à la fois les personnes et les intervenants dans ce paradoxe, n'est certainement pas sans rapport avec les idéaux sociaux actuels (individualisme, maîtrise de soi etc) :

- 1) elle suppose que les individus puissent croire à une aide possible alors qu'ils ne sont pas précisément en état de l'imaginer;
- 2) elle postule la croyance en une démarche volontaire, renforcée aussi en ceci par une généralisation un peu rapide et erronée des conditions de mise en place d'une cure psychanalytique prônées par certains;
- 3) elle méconnaît de ce fait le passage obligé du temps souvent long de la formulation de la demande.

Les conséquences de ce mal-être, mal ou peu identifié, quant à elles, sont bien présentes. Elles diffusent dans d'autres champs. L'échec scolaire des enfants de parents en difficultés est bien connu, par exemple, et le coût social est loin d'être négligeable. Il en est de même de la fréquente répétition transgénérationnelle des violences conjugales et familiales; pour cette dernière, la pratique (onéreuse d'ailleurs) du simple placement des enfants n'a pas suffi à réduire de façon significative la répétition.

L'absence de demande initiale concernant la prise en charge de la souffrance psychique est donc un problème de fond.

Les récentes positions du gouvernement sur les missions des C.H.R.S. (circulaire DAS n°95/42 du 22/2/95) me semblent apporter une réponse pour le moins simplificatrice en laissant ce problème intact. En effet, l'accent y est mis sur le partenariat: "...articulation avec les acteurs de terrain susceptibles de prendre le relais après la sortie..."; "L'insertion vise à un accès ou à un retour à une vie aussi proche que possible de la normale... prenant appui sur différents dispositifs... accès aux soins...". "Lorsque des actes peuvent être menés par des partenaires locaux, le recrutement de personnels spécifiques ne se justifie pas (ex: psychiatres, psychologues, ...) Le recours aux services banalisés doit être la règle, le financement étant assuré notamment par la couverture sociale des hébergés"... "Elles doivent pouvoir être soignées comme quelqu'un qui vit à l'hôtel ou à domicile".

Dans la pratique, le travailleur social de terrain et les "psys" habitués à ce type de population savent bien **combien le recours aux services banalisés est difficile pour ce qui concerne la souffrance psychique**, combien il est impossible de les mobiliser pour faire émerger une demande de soins sans un long travail préalable en amont, avant qu'une demande puisse aussi être reconnue comme telle par les intervenants et que leur souffrance puisse être travaillée.

L'expérience de terrain montre aussi combien dans les faits "l'accroche thérapeutique" est extrêmement difficile avec le secteur psychiatrique, par exemple. Ce dernier a d'une part une file active importante à gérer de personnes reconnues comme atteintes de pathologies mentales. D'autre part, il n'est pas vain de rappeler que l'absence de demande pose des problèmes aux praticiens, lesquels ont peu l'habitude également de traiter de telles populations. Quant à elles, elles ne se considèrent pas à coup sûr comme "malades mentales". Luigi ONNIS a par ailleurs bien pointé combien la demande et l'offre de soins étaient conditionnés d'emblée par l'image qu'usager et thérapeute avaient chacun l'un de l'autre, et par les idéologies sous-jacentes relatives au soin : l'usager présente au départ sa demande sous la forme qu'il pense être la bonne pour être accepté (demande de "traitement pour les nerfs", par exemple); réciproquement, le soignant a en tête des modèles qui influencent son offre (souvent le modèle médical, lequel suppose la reconnaissance d'une maladie objective, ou le modèle de la cure psychanalytique, lequel suppose la mise en avant d'une souffrance par le patient). Il semble bien qu'ici les deux parties ne puissent se reconnaître ni l'une ni l'autre dans ce premier temps d'une croyance partagée. Ce qui, pour le thérapeute qui s'engage dans la prise en charge de tels patients, suppose une capacité à interroger radicalement ses modèles et à remettre en cause ses postulats de base. Ceci ne semble pas être une démarche généralisée dans le cas de la psychiatrie publique à l'heure actuelle, et me semble relever plutôt d'initiatives isolées.

Quant à organiser un suivi en libéral, très lié à une démarche volontaire sur rendez-vous, que penser des possibilités d'accrochage thérapeutique d'une population très difficile à mobiliser et qui ne rentre pas dans le moule tout fait de la planification, ne se présente pas aux rendez-vous ou venant à l'improviste, dans l'urgence... Cette deuxième optique est encore plus utopique.

Il y a un autre point délicat: lorsque la souffrance est pointée par les intervenants et lorsqu'il y a un refus net d'aide, et ce quelle que soit la gravité des difficultés. Nous connaissons bien ce type de situations, et elles ne sont pas rares. Ceci pose un problème éthique : l'intervenant doit-il accepter leur refus (sachant que, sans aide, le changement est bien improbable)? Cette attitude, à priori respectueuse du désir de l'autre, ne risque-t-elle pas de s'apparenter à une forme d'indifférence en constatant, sans réagir, des conduites autodestructrices, questionne Jean-Paul MUGNIER dans son article "Les stratégies de l'indifférence". Les intervenants adopteraient ainsi une attitude semblable à celle que justement ils réprouvent. Pour l'auteur, et en particulier dans le cadre de familles socialement déviantes, ces personnes en position de refus adoptent une stratégie qui vise à provoquer l'autre, et à provoquer chez lui un état de stupéfaction. Attitude qui, en fait, serait moins un refus, qu'un refus "pour voir" si leur opposition suffira à décourager les intervenants. Le piège pour eux serait alors de cautionner cette stratégie pseudo-sacrificielle, pourrait-on dire; "puisque nous ne pouvons pas être les acteurs du jeu social, puisque celui-ci se déroule sans nous, alors notre pouvoir sera de vous imposer notre propre destruction". Un renoncement de la part des intervenants serait alors aux yeux de ces personnes (qui semblent avant tout indifférentes à elles-mêmes) un acte confirmant leur exclusion de la société et leur incapacité fondamentale à changer.

Les directives gouvernementales font donc pour moi en fait l'impasse sur la spécificité même des populations: machiavélisme dans un souci d'économies budgétaires ou méconnaissance du terrain, en supposant le problème déjà résolu ?

Si l'on tient compte justement des difficultés propres à ces personnes, **un dispositif spécifique d'écoute et d'aide à l'expression de cette souffrance est un palier préalable** (conférer le rapport «Une souffrance qu'on ne peut plus cacher»). Sinon il y a fort à parier que la logique de l'exclusion sera à l'œuvre, et bien coûteuse à long terme (tant sur le plan financier que sur le plan humain).

De même, un dispositif intra-muros institutionnel spécifique dans les C.H.R.S. est bien utile pour que les usagers puissent reconnaître et travailler cette dimension occultée de leur souffrance (les femmes victimes de violences, par exemple, ne détectent la violence que lorsqu'elle est déjà bien installée dans la relation et, en conséquence, protègent difficilement leurs enfants d'une ambiance familiale violente).

Pour conclure un peu rapidement sur ce point, l'émergence d'une demande d'aide psychologique dans les populations « à difficultés » ne semble pas une évidence. L'intérêt d'un dispositif spécifique intra-muros est loin d'être négligeable pour dépasser les conséquences relevant de **l'injustice d'un contexte global qui ne permet pas de proposer de l'aide à des personnes qui en ont grand besoin mais pour qui, justement, l'émergence d'un besoin/désir de changement est quasi impossible sans être accompagnées dans cette direction.**

II ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE DES POPULATIONS EN DIFFICULTES. QUELQUES PREALABLES.

Le lecteur l'aura compris, travailler avec des populations où la dimension de la souffrance psychique est méconnue ne relève pas d'un attentisme, fut-il bienveillant. À s'enfermer dans cette attitude, nous ne partageons qu'une chose, cette dimension de méconnaissance. Pire, nous risquons de leur confirmer qu'il n'y a aucun espoir de changement...

L'objectif principal de mon travail vise à la mise à jour et à la "psychisation" de cette souffrance occultée et des conséquences potentielles de cette occultation, démarche qui pourra peut-être faire entrevoir au sujet l'espoir d'un changement possible. Il est clair qu'il ne s'agit pas d'une tâche facile et que les obstacles sont nombreux, en particulier les résistances psychiques (conscientes et inconscientes) des usagers. De plus, compte-tenu des modalités particulières du transfert, il n'est pas inutile de garder toujours en tête que la difficulté à établir une alliance thérapeutique s'ancre précisément dans une problématique bien plus ancienne.

Les sujets dont nous nous occupons, il ne faut pas le perdre de vue, ont souvent une estime de soi bien faible, ils ont honte d'eux, de leur statut, de leurs comportements; ils sont faiblement engagés dans des liens sociaux et toute démarche, d'autant plus si elle est suivie, leur coûte en énergie. Ils vivent souvent au jour le jour, ont du mal à faire des projets et à s'y tenir. Ils cherchent à "oublier", et leurs projections dans l'avenir relèvent parfois de la toute-

puissance magique plus que du principe de réalité ce qui, en retour, les conforte dans leurs désillusions. Sur le plan psychique, ils sont habités par la peur et l'inhibition à penser.

Si on ne vient pas les chercher et si on ne les "tient pas par la main", ils ne viennent pas.

Et quand ils viennent, ils nous poussent inconsciemment à ne pas penser (inhibition à penser transmise) - d'où un risque de réponse immédiate dans l'acte dans un climat affectif d'immédiateté, souvent en tout ou rien (hyperinvestissement ou rejet, par exemple).

Quand ils viennent, ils fuient tout aussi vite, reproduisant avec nous des expériences de ruptures répétées de liens et d'abandons successifs qu'ils ont souvent connues pendant leur petite enfance. Et leurs comportements d'évitement de la relation concourent aussi à leurs difficultés actuelles... Travailler avec des personnes très carencées sur le plan affectif, c'est aussi effectuer sans se décourager un travail de relance, un travail de maintien actif de la relation thérapeutique, en analysant avec eux ces moments intenses de transfert négatif à notre égard et en donnant sens dans cette perspective à leurs mouvements de fuite. Relance encore plus indispensable de la part du psychologue que des travailleurs sociaux, vers qui l'on revient parfois pour/sous prétexte de problèmes matériels. Dans notre institution, cette relance passe aussi par le travail d'équipe.

Comme le dit Martine MORALES, nous faisons l'hypothèse qu'une relation fiable et stable peut avoir des effets mutatifs. Elle pointe bien également combien les familles "à problèmes multiples" sont les plus limitées pour utiliser les structures de soins existantes, mêmes gratuites, et combien il est nécessaire d'aller activement vers elles (y compris par des psychothérapies à domicile). Elle souligne aussi combien il est important de ne pas les "lâcher" trop vite, ce qui leur ferait revivre une nouvelle fois un nouvel abandon; cela situe d'emblée l'accompagnement dans un temps assez long.

Dans les problématiques de violence, il nous faut sans cesse pointer les problèmes et leurs conséquences pour ne pas se laisser entraîner dans le déni, en ayant à l'esprit la double nécessité de l'observation des comportements d'un côté, et du travail psychologique de l'autre, lequel vient, par un tissage constant de liens, leur donner sens - accompagnement à une mentalisation de la souffrance sans laquelle les actes vont se reproduire...

Il serait trop facile d'accréditer le discours des femmes victimes de violences qui, une fois hébergées, disent que c'est fini, qu'elles vont maintenant vivre seules et heureuses avec leurs enfants, qu'elles ne souhaitent pas reparler du passé car la page est tournée, qu'elles vont bien maintenant (ce qui est souvent la réalité). Aller dans le sens manifeste du discours leur éviterait certes une remise en cause douloureuse tout en respectant leur désir apparent; il y a aussi lieu de se méfier de notre désir de croire que **tout** va mieux, désir qu'elles tentent de nous transmettre et qui conforterait notre narcissisme professionnel....

Cependant, comment pourraient-elles nous considérer comme des professionnels crédibles si nous adhérons à ce scénario idéalisé et au mouvement défensif sous-jacent basé sur le déni ? En effet, sans un tel questionnement, sans un travail attentif d'analyse des jeux et enjeux relationnels du couple précédent, sans un travail d'élaboration autour de ceci et une réflexion autour d'autres réponses possibles que les scénarios basés sur la violence, il est plus que probable qu'ils se reproduisent - notre expérience est là pour en attester. Quelle confiance les usagers pourraient-ils alors nous accorder dans l'après-coup si nous ne les aidions pas à dépasser leurs peurs et à se réhabiliter à leurs propres yeux et, en "induisant" du travail psychique ? Si nous ne les aidions pas à imaginer qu'ils pourraient être un peu plus "auteurs" de leur vie, en les amenant progressivement à concevoir qu'ils peuvent participer à la construction d'un avenir différent pour eux et leur descendance? Sans cet accompagnement

questionnant de tous les instants effectué par toute l'équipe, ils pourraient alors penser qu'il y a rien à faire et, dans un mouvement en retour, nous pourrions alors penser qu'il n'y a pas d'aide possible.

Permettre au sujet de s'approprier quelque chose de son vécu, l'amener peu à peu à un sentiment de responsabilisation pour assumer sa vie, à croire qu'il a des capacités pour le faire et qu'il peut dépasser ses difficultés, tout ceci nécessite un engagement appuyé de la part du psychologue. Cet accompagnement relève, compte-tenu des problématiques évoquées plus haut, souvent plus de la co-construction active que d'une écoute plus distanciée, laquelle suppose des possibilités d'introspection certaines chez le sujet en questionnement.

Cela nécessite un travail de partenariat constant avec l'équipe éducative, laquelle est en première ligne quand il s'agit d'impulser une telle dynamique, et ce d'autant que la puissance des mécanismes de défense (déni, dénégation, idéalisation, fuite, passages à l'acte) est prégnante.

Dans cette hypothèse, le cadre institutionnel doit permettre de dépasser ces premiers temps de réticence voire de refus. Selon les cas, il s'agira de soutenir une demande hésitante (situation la plus facile à gérer), ou de créer par exemple les conditions d'une demande potentielle; par exemple en proposant par contrat un temps de suivi psychologique à la demande de l'institution - il s'agit ici d'une triangulation de la demande qui permettra peut-être à la personne de la reprendre en son nom propre si elle en voit l'intérêt.

La dimension de travail en équipe est aussi fondamentale en ce sens que le découragement peut saisir à tout moment, dans un mouvement contre-transférentiel intense, un intervenant isolé tellement les usagers nous communiquent souvent, et ce de façon pas toujours consciente, leur propre sentiment d'impuissance.

Rappelons ici qu'un de nos critères d'admission est justement "l'absence d'autonomie nécessitant un soutien psychologique et une action éducative soutenue" (manque d'autonomie se traduisant parfois par une grande passivité ou des conduites répétitives d'échec, par exemple). Nous ne pouvons alors pas postuler que d'emblée le sujet soit capable de décider librement et en toute connaissance de cause de ses "options de vie" ; ce serait bien sûr l'enfermer dans une situation de double contrainte où nous lui demanderions d'être autonome alors que nous l'en avons évalué incapable au départ. **La question préalable est donc bien de définir un contexte permettant l'émergence d'une demande éventuelle.**

Cette question a été développée dans un écrit que j'ai réalisé l'an dernier et auquel je renvoie pour plus de précisions, ne pouvant détailler ce sujet plus avant dans le cadre de ce rapport d'activités. À ce propos, soulignons quand même une source précieuse de théorisation, à savoir les travaux du Centre de La Famille Maltraitante de Milan, en particulier le chapitre du livre "La famille maltraitante" « Peut-on soigner en l'absence de demande ? », ainsi que leurs stratégies d'hypothétisation et d'anticipation.

Pour résumer en deux mots et dans un raccourci forcément réducteur, il s'agit grâce à notre propre travail psychique d'une part et par une implication relationnelle soutenue avec une empathie dosée d'autre part, de susciter chez les usagers que nous accueillons un désir de changement, en leur donnant des clefs pour comprendre leurs propres réactions et les aidant à sortir d'un sentiment fataliste d'une reproduction inévitable de leurs difficultés à travers les générations. Un moteur puissant est le désir souvent présent de voir leurs enfants s'épanouir

(pour eux-mêmes, ils ont parfois renoncé, ils se sont sacrifiés, et leur motivation de départ est souvent bien réduite). Dans cette optique, des parents peuvent se mobiliser en traitant des questions restées irrésolues pour eux jusqu'ici.

Cette optique de travail m'apparaît riche dans mon exercice quotidien. Au fil des jours elle fait (re)découvrir aux usagers des difficultés méconnues, irrésolues et malheureusement agissantes dans l'actuel. Telle une mère qui, découvrant au fil des entretiens combien elle aussi avait été maltraitée au sein de sa famille et non protégée par les adultes qui l'entouraient, a pu montrer sa propre maltraitance à l'égard de son enfant - demande d'aide indirecte ô combien précieuse; plus tard elle pourra dire qu'elle n'avait jamais perçu jusqu'ici les comportements intériorisés qu'elle reproduisait malgré elle...

POUR CONCLURE

Faire une offre de changement passe pour moi par un engagement soutenu, tant pour les travailleurs sociaux que pour les professionnels du psychisme. Cette offre doit tenir compte des spécificités de ceux à qui nous l'effectuons. Dans notre cas, il s'agira souvent de s'appuyer sur notre faculté de penser, même si elle est mise à l'épreuve, sur notre capacité à mettre en mots l'inconcevable et l'indicible, par exemple en proposant fréquemment des hypothèses explicatives à un individu inhibé dans son psychisme. Il s'agira parfois de tenter de maintenir activement la relation pour sortir de la rupture incessante des liens.

Cette démarche d'implication active peut être plus porteuse de changements à terme qu'une écoute dite bienveillante. Même si, et le psychologue est bien placé pour affirmer que le chemin du changement est parfois bien long et parsemé de répétitions, notre expérience nous pousse à rester modestes en termes "d'efficacité et de rentabilité immédiate ou à moyen terme", comme je l'écrivais dans le rapport d'activités 1993 (cf chapitre "Accueillir et héberger en urgence").

Plus encore qu'à l'époque, je pense qu'**un long travail d'accompagnement psychologique sur les lieux même où la souffrance peut s'exprimer est nécessaire avant qu'une demande puisse se faire et aboutir (peut-être) dans les lieux prévus pour cela dans le corps social.** Questionner sur les plan théorique et pratique l'absence de demande d'aide psychologique clairement formulée me semble aussi indispensable.

Quant à l'élaboration des stratégies d'accompagnement, la piste commence à peine à être balisée: nous n'en sommes qu'au tout début des recherches théorico-cliniques sur les violences conjugales et familiales, sur les problématiques d'abus sexuels, sur les conséquences des ruptures du lien social (par inactivité, par isolement de la communauté culturelle d'origine, etc.) - et il est rare qu'on ne retrouve pas de tels éléments dans l'histoire des femmes que nous accueillons... Et ce n'est peut-être qu'au prix d'un accompagnement individualisé global, faisant la place tant à un accompagnement social que psychologique, dans le cadre d'équipes formées à de telles prises en charge que la fracture sociale tant mentionnée de nos jours et les souffrances familiales se réduiront peut-être.

La question des moyens relève bien sûr d'un autre débat, il s'agit ici d'une volonté politique.

Références bibliographiques

Circulaire DAS n° 95/42 du 22/2/95 concernant les missions des C.H.R.S.

CIRILLO Stefano, DI BLASIO Paula - La famille maltraitante, ESF ed., 1992

GUEDENEY Nicole, MORALES-HUET Martine, RABOUAM Catherine, BEGUIER Isabelle - Le groupe Visite A Domicile. Un exemple de partenariat entre professionnels de la petite enfance, Devenir, Vol. 6, n°1, 1994, 31-53

LAZARUS Antoine (dir) - Une souffrance qu'on ne peut plus cacher, rapport du groupe de travail " Ville, santé mentale, précarité et exclusion", Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain, délégation interministérielle au revenu minimum d'insertion, février 1995

MUGNIER Jean-Paul -L'identité virtuelle. Les jeux de l'offre et de la demande dans le champ social, ESF, 1993

MUGNIER Jean-Paul - Les stratégies de l'indifférence, 1995

ONNIS Luigi - Le "système demande": la formation de la demande d'aide selon une perspective systémique, Thérapie familiale, Genève, 1984, Vol. 5, n°4, pp 341-348

PICAMOLES Régine - "Femmes battues" et violences conjugales: réflexions autour des problématiques psychologiques et du travail d'accompagnement psychologique en C.H.R.S. Questions soulevées par l'absence d'autonomie., doc. interne, mars 1995