



ACTES DU COLLOQUE

ENTRE OMBRE ET LUMIÈRE : LES ADDICTIONS DROGUES, RELIGIONS, MONDES VIRTUELS

(S')EXCLURE POUR APPARTENIR ?

EXCLUSION SOCIALE, PRÉCARITÉ ET DÉPENDANCES :

LES DIFFÉRENTES FACETTES D'UNE RECHERCHE D'APPARTENANCE

GRÉGORY MEURANT

Assuétude, exclusion et lien social

JANVIER 2024

Grégory Meurant

Assuétude, exclusion et lien social

Janvier 2024

LE COLLOQUE

Pour la 13^e édition, nous vous proposons d'explorer la question de la précarité, l'exclusion sociale et les dépendances, dans toutes les interconnexions qui peuvent y coexister.

En croisant différents regards sur ces problématiques, nous tenterons de comprendre ce qui peut induire, mais aussi maintenir un sujet dans l'exclusion sociale, ainsi que les implications de celle-ci.

GRÉGORY MEURANT - *Chargé de projets stratégiques, avec la contribution de :*

***Pierre Verbeeren**, directeur général du département de l'action sociale*

***Dimitri Alençon**, responsable de la cellule prévention et médiation des conflits et du service d'accompagnement psychosocial*

***Nazanine Pourmoradi**, psychologue au service d'accompagnement psychosocial du Centre Public d'Action Sociale de la Ville de Bruxelles.*

Assuétude, exclusion et lien social

Cette intervention vise à vous présenter une réflexion qui traverse les discussions et réunions au sein du département de l'action sociale du CPAS de la Ville de Bruxelles concernant l'amélioration de l'accès à ses services. Je suis chargé de projets stratégiques au CPAS de Bruxelles et j'ai travaillé onze ans en maison médicale, donc je prendrai des exemples venus du médical. Nous avons préparé cette réunion avec Pierre Verbeeren, directeur général du département de l'action sociale, Dimitri Alençon, qui est responsable des cellules que je présenterai, et Nazanine Pourmoradi, qui est psychologue au sein du service d'accompagnement psychosocial.

C'est un essai de regard réflexif sur nos modes d'organisation, à partir de théories socio-anthropologiques. Nous avons conçu cette intervention en trois temps : notre regard, nos actions, et nos réflexions à venir.

Notre regard – le cadre conceptuel

À l'image de l'autoportrait de Gustave Courbet, nous nous sommes demandé : comment pouvons-nous nous regarder dans le miroir, pour finalement modifier nos pratiques et maintenir une certaine réflexivité dans nos modes d'organisation ?

À ce stade, nous sommes encore à la cueillette des concepts théoriques qui nous permettent de dresser cet autoportrait. Je vais vous les présenter, un peu comme ça, un par un, et multiplier les cadres d'analyse sans vraiment les intégrer pour l'instant.

Nous devons définir de qui nous parlons quand nous parlons des personnes que nous accompagnons, et quelle vision de la pauvreté est

sous-jacente. Je vous propose un essai de typologie¹. Nous allons ensuite voir ce que nous tirons de ces conceptions et de ces modèles pour mieux comprendre une organisation.

Conception	Logique sous-jacente	Causes	Représentation des personnes	Solution
Pauvreté	Carence	Infortune	Pauvres	Assistance
Précarité	Stabilité de l'emploi	Économique	Précaires, désaffiliés	Droit social
Exclusion	Déviance	Stigmatisation	Exclus	Insertion sociale
Violence structurelle (Farmer 2004,	Inégalités sociales	Organisation politique	Vulnérables	Réforme politique,

Tableau 1- Typologie d'après Bresson (2013), Farmer (2004) et Bourgois et Scheper-Hughes (2004)

Le modèle de la pauvreté. C'est le plus connu, la conception du moyen-âge jusqu'au XIXe siècle. Le monde est constitué de « pauvres », dont la situation est liée à l'infortune (le décès d'un mari pour la veuve, le handicap de naissance, la vieillesse), et le regard est fondé sur la carence : pas assez d'argent, de réseau social, de capital culturel, etc. La réponse est l'assistance : compenser les carences par l'octroi des ressources manquantes. La pauvreté est à la fois financière, mais aussi morale.

Le modèle de la précarité. En parlant de précarité, la question de la pauvreté est associée à celle de l'emploi. Ce qui est précaire, ce sont les sources des revenus : emplois instables et dévalorisés. La réponse, c'est la création et l'activation des droits sociaux, notamment le droit à l'emploi, mais avec la multiplicité des difficultés sociales, d'autres se sont créées : le droit à la santé, le droit au logement, etc.

1. D'après Bresson M (2008), Sociologie de la Précarité. 3e édition. Ed. Armand Colin ; Farmer P (2004), An Anthropology of Structural Violence, Current Anthropology 2004/4 n°3, pp. 305-325 et Bourgois P et Scheper-Hughes N (2004), Violence in War and Peace. An anthology. Blackwell Publishing

Le modèle de l'exclusion. C'est souvent comme cela que le secteur du bas seuil en lien avec les assuétudes interprète la précarité : la stigmatisation sociale est la source de l'exclusion, qui mène à la précarité. Dans ce modèle, la réponse relève à la fois de la lutte contre les préjugés stigmatisants, et des politiques d'insertions sociales (qui renforcent les compétences des individus).

Le modèle de la violence structurelle. Issu de l'anthropologie médicale, ce modèle insiste sur la manière dont des processus structurels génère des formes de vulnérabilités : une femme enceinte qui veut avorter est plus vulnérable dans un pays où elle ne peut pas avorter que dans un pays où elle le peut.

Le bon usager et le mauvais usager

Dans la conception caritative de la pauvreté, on retrouve la logique du bon pauvre et du mauvais pauvre. Vous connaissez cela. Le bon pauvre, c'est celui qui n'a pas de chance dans la vie et qui mérite l'assistance : c'est cette logique qui sous-tend l'exposition de la difformité physique dans certaines pratiques de mendicité. Le « pauvre » démontre son incapacité physique à travailler. Le mauvais pauvre, c'était le vagabond.²

Cette logique du « bon pauvre / mauvais pauvre », nous pouvons nous fonder dessus pour nous questionner : quel est « l'utilisateur idéal tel que pensé par notre institution » ? Qui considérons-nous comme de « bons » bénéficiaires (au CPAS de la Ville de Bruxelles nous parlons d'« ayant-droit »), et comme des mauvais ? Bien sûr, chaque organisation a sa manière de nommer ces phénomènes. Qui considérons-nous comme « des parvenus », des non-méritants de nos services, c'est-à-dire des gens non-conformes à nos attentes de professionnels, et qui

2. Dans les années 80s vous vous rappelez peut-être si vous n'aviez pas 50 francs belges sur vous, vous étiez considéré comme « vagabond ». Le mauvais pauvre, le vagabond, c'est celui qui pourrait travailler mais qui ne travaille pas. Cette figure est particulièrement liée à l'histoire de la révolution industrielle et à l'exode rural. Les paysans qui n'avaient plus de terres à cultiver dans l'Angleterre de la Renaissance fuyaient vers les manufactures situées dans les villes. Les sanctions pour vagabondage à l'époque, c'était 3 ans de travail forcé, une oreille coupée après une récidive, et la pendaison en cas de seconde récidive.

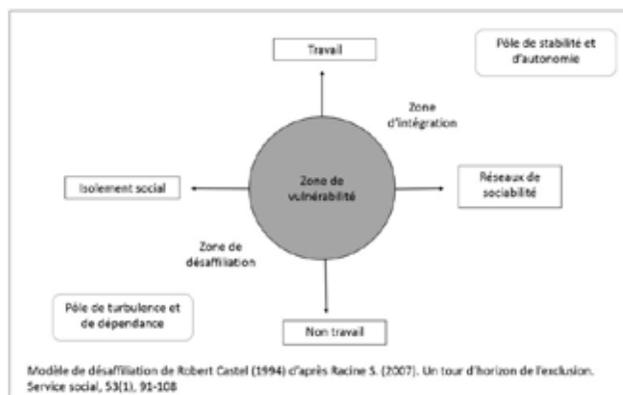
considérons-nous comme des victimes de leur situation, c'est-à-dire conformes à nos représentations de l'utilisateur idéal ?

Bien sûr, comme professionnels de la santé et du social, nous ne sommes pas aussi caricaturaux : nous ne parlons pas de « bons » et de « mauvais ». La question à se poser est la suivante : quels sont les types de patients (ou d'ayant droit) qui nous apparaissent comme « chronophage » ?

Dans le milieu médical, j'entends parler des « chroniques », la difficulté de gérer les « patients chroniques ». Mais la notion de chronique ne résiste pas à l'analyse : tous les patients désignés comme « chroniques » n'ont pas de pathologies chroniques, et tous les patients ayant des pathologies chroniques ne sont pas vécus comme des « chroniques ». Or, le sentiment de chronophage est lié au sentiment de donner beaucoup pour peu de résultats, de faire des choses qui ne relèvent pas de nos véritables fonctions. C'est un signal qui vient nous questionner sur les groupes de personnes que nous identifions comme légitimes, et celles que nous identifions comme illégitimes.

La désaffiliation de Robert Castel

Continuons notre cueillette aux concepts avec un modèle connu, celui de la désaffiliation de Robert Castel (1995)³.



3. Castel, R (1995). *Les métamorphoses de la question sociale*. Paris, Ed. Fayard.

La désaffiliation de Robert Castel, c'est la perte des liens sociaux et la précarité de l'emploi. Se précariser, c'est passer du pôle supérieur droit du diagramme (stabilité et autonomie), et aller vers le pôle inférieur gauche (turbulence et dépendance).

Quand la thématique du colloque nous a été présentée, nous l'avons comprise selon ce modèle : si la personne se déplace de haut en bas sur le diagramme (du travail au non-travail), est-ce qu'on s'isole aussi (de droite à gauche). Quels sont les liens entre ces deux mouvements ? Cela donne un sens à notre action : l'action sociale, c'est faire sortir les gens de la zone de vulnérabilité, les amener d'une zone de désaffiliation à une zone d'intégration.

Le paradoxe du rapport des classes populaires aux institutions publiques de Vincent Dubois

Revenons sur la manière dont nous concevons, en tant que professionnels, les bénéficiaires de nos services. Chaque champ professionnel, chaque organisation ont une terminologie qui désigne le public à qui ils s'adressent et qui exprime leur conception du monde et de la relation. En conséquence, toute organisation définit son public à travers ses missions et donc en le réduisant à la dimension des activités de cette organisation.

Vincent Dubois (2020)⁴ a une définition intéressante. Il parle de classe populaire, à partir de deux critères : un critère financier et un critère culturel. Pour Dubois, une personne ou un ménage fait partie des classes populaires si :

- Les revenus sont inférieurs au revenu médian
- Une culture éloignée de la « culture légitime » telle que véhiculée dans les institutions de la classe moyenne (établissements scolaires, musées, etc.)

La notion de « classes populaires », au pluriel, est importante. Dubois identifie trois « fractions » au sein des classes populaires, qui sont distinctes culturellement. Il n'y a pas « une classe populaire » qui serait homogène, mais des classes populaires fragmentées :

4. Dubois, V (2020), Lower Classes and Public Institutions. A research program. Working paper. https://vincentdubois-socialscience.eu/IMG/pdf/loci_public_working_paper.pdf

- **Les établis.** Les ménages qui travaillent, mais dont le revenu est inférieur au revenu médian et dont l'occupation socioéconomique est socialement dévalorisée (les ménages monoparentaux d'aides-soignantes par exemple).
- **Les précaires.** Ceux dont l'emploi est précaire, qui ont des parcours d'emploi erratiques (périodes de chômage, d'intérim, etc.), soit les « insérés permanents »⁵.
- **Les exclus.** Qui sont entièrement dépendants des prestations sociales ou de l'économie informelle.

Ces trois fractions sont en compétition, et développent des attitudes culturelles différentes vis-à-vis de l'autre. Le diagnostic du contrat social-santé dans les Marolles a par exemple identifié la présence de commerçants très précarisés au sein de la Rue Blaes et de la Rue Haute. La non-dépendance aux aides sociales pour ces personnes, qui peuvent physiquement voir le bâtiment imposant du CPAS dans la même rue, est un élément essentiel de leur identité. Leur histoire familiale est fondée sur le fait que « nous, nous travaillons, comme indépendants, nous n'allons pas au CPAS ». Dans les termes de Dubois, les établis, ne veulent devenir ni précaires ni exclus, et les précaires ne veulent pas devenir exclus. Les précaires et les exclus aimeraient s'établir. Il y a une compétition symbolique entre ces groupes.

Le paradoxe du rapport aux institutions publiques. Dubois attire notre attention sur un paradoxe. D'une part, les classes populaires sont celles qui sont le plus en contact avec les institutions publiques, et pour deux raisons :

- Plus le niveau de revenu est élevé, plus les individus font appel au privé. On imagine mal un directeur de banque consulter le Méridien, il trouvera un thérapeute privé.
- Toute une panoplie de professions et de services publics est destinée aux classes populaires (éducateurs spécialisés, fonctions de soutien à la parentalité, assistants sociaux, etc.).

5 HAMZAOU, M (2005). Émergence et logiques de la politique d'activation du social et de l'emploi. *Pensée plurielle*, 2005/2 no 10. pp. 19-28.

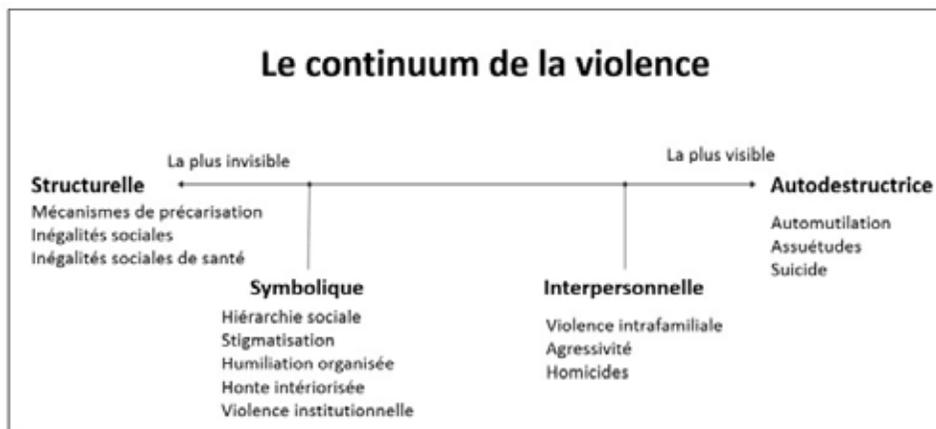
D'autre part, les classes populaires sont aussi celles dont la culture est la plus éloignée de la culture légitime véhiculée par ces institutions. Ann Bryssinck du Méridien nous a présenté des vignettes cliniques : une culture orale fondée sur la confiance et la promesse, des relations intimes vécues sur le mode de la faveur, un langage familier et informel, le tutoiement, une expression forte des émotions en public, l'utilisation de petits bouts de papier éparpillés pour se rappeler les rendez-vous. Or la culture des administrations est tout à fait opposée : on attend d'un agent d'une institution publique qu'il range bien ses papiers, qu'il parle calmement, que son agenda soit à jour, qu'il lise bien les documents (les contrats, les arrêtés, les directives, les instructions), qu'il soit ponctuel, ordonné. La « culture légitime » attendue des professionnels est à l'opposé de la culture de l'urgence des classes populaires décrites par Dubois, qui sont en situation de précarité. Chaque interaction porte en elle une possibilité de malentendu interculturel entre la culture des professionnels et celle des ayants droit, patients, usagers, bénéficiaires.

La violence structurelle

Un autre cadre conceptuel que je trouve intéressant, je ne vais pas m'étendre dessus car je vous renvoie à un autre article que j'ai rédigé l'année passée et qui se fonde sur l'anthropologie médicale et qui l'aborde en détail⁶⁷. Je vous présente vite le principe. Il s'agit de concevoir **la violence comme un continuum**, de la plus invisible et impersonnelle, à la plus visible et personnalisée.

6 Meurant G (2023), « Violence, honte et agressivité dans les services d'aide et de soins, « *changementsocial.net* » <http://changementsocial.net/violence-honte-et-agressivite-dans-les-services-daide-et-de-soins/>

7 D'après le modèle de Bourgois P et Scheper-Hughes N (2004), *Violence in War and Peace*. An Anthology. Blackwell Publishing.



Continuum de la violence (d'après Bourgois et Scheper-Hughes 2004)

L'idée, c'est de voir la violence comme un prisme avec plusieurs facettes. Il s'agit de lire une même situation à partir de l'ensemble de ces catégories : identifier quels sont les mécanismes les plus invisibles et impersonnels qui peuvent se cacher derrière cet incident vécu par les acteurs de manière personnelle. D'où l'idée de violence structurelle : quelles sont les forces structurelles à l'œuvre derrière les formes de violence plus visibles, interpersonnelles, telle que l'agressivité, l'auto-destruction ? Je reprends vite les quatre « facettes » de ce continuum.

La violence structurelle. C'est la moins visible. Les inégalités sociales de santé sont un excellent exemple. À Bruxelles, en 2016, une femme qui vit dans un ménage qui n'a aucun revenu du travail (une famille au CPAS par exemple) a deux fois plus de risques de vivre une fausse couche qu'une femme qui vit dans un ménage avec deux revenus du travail⁸. Bien sûr, l'expérience terrible de la perte d'un enfant est vécue, sur le plan personnel, comme une infortune complète. C'est en cela que la violence structurelle est invisible : ce n'est pas juste de l'infortune, les probabilités sont différentes.

⁸ Observatoire bruxellois de la Santé et du Social. 2019. *Tous égaux face à la santé à Bruxelles ?* <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/dossier-20192-tous-egaux-face-la-sante-bruxelles-donnees-recentes-et>

La violence symbolique. Des centaines de milliers de pages pourraient être écrites (et ont été écrites) à ce sujet. Une manière de le comprendre est le fait de créer des modes d'organisations qui génère de la violence sans que l'organisation ne s'en rende compte. Il y a un bel exemple dans le rapport sur l'impact des mesures de confinement sur les « invisibilisés » pendant le covid réalisé par Camille Fortunier et Andréa Réa et financé par la Ville de Bruxelles. C'est le coordinateur d'un projet de bas seuil qui parle d'un bar qui a été mis en place dans un centre d'hébergement d'urgence où l'alcool était interdit et où l'entrée devait se faire à 21h. Je cite le rapport⁹ :

(...) les gens pouvaient rentrer plus tard et (...) rentraient moins saouls à l'intérieur. (...) quand la porte se ferme à 8h ou à 9h, les gens vident la bouteille de vodka avant de rentrer et arrivent complètement 'smashés' dans l'hébergement (...) s'ils pouvaient rentrer plus tard

(...) ça s'étirait d'une autre façon.

Il y a d'autres exemples sur la violence symbolique et la manière dont elle s'exprime. Par exemple, le lien entre la surpopulation ou le sentiment d'insalubrité du logement et la baisse de la motivation aux démarches administratives, la réduction des fréquentations sociales ou l'expression des idées suicidaires. Une étude française montre une réduction de 50% de la consommation d'antidépresseurs dans une cité de logements sociaux après la rénovation énergétique de ces logements¹⁰. En santé publique, la théorie de l'évaluation sociale de Richard Wilk-

⁹ Fortunier C et Réa A (2001), Les « invisibilisés.e.s » et le COVID-19, voir p. 56-57. Disponible à <https://feditobxl.be/site/wp-content/uploads/2022/04/VF-RAPPORTSInvisibilise.e.s-COVID-19-REAFORTUNIER2021.pdf>

¹⁰ Claireville A-C, Kermarec F. 2021. « Logements dégradés : un impact dévastateur sur la santé mentale », in *La Santé en action*, n°457, <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-septembre-2021-n-457-le-logement-determinant-majeur-de-la-sante-des-populations#:~:text=Accueildocs-.La%20Sant%C3%A9%20en%20action%2C%20Septembre%202021%2C%20n%C2%B0457%20Le.de%20la%20sant%C3%A9%20des%20populations&text=Le%20logement%20est%20un%20d%C3%A9terminant.l'endroit%20o%C3%B9%20elles%20habitent>

inson explique le lien entre stress psychosocial chronique et inégalités sociales de santé. Pour faire court, la crainte d'être constamment évalué par d'autres (les voisins, les professionnels,) et le fait d'être constamment stressé par la gestion de son quotidien affecte la production de cortisol et génère de l'hypertension de manière chronique, ce qui affecte négativement le système immunitaire, augmente le risque d'accidents cardiovasculaires, etc.¹¹

La violence interpersonnelle. Là aussi, des pages pourraient être écrites, sur le lien entre le sentiment d'humiliation et la violence interpersonnelle, notamment les homicides, mais je dois faire court¹². J'aimerais attirer votre attention sur deux phénomènes : la notion de désaffiliation sociale et le « drame sociale du travail.

D'abord, la définition de la « *désaffiliation sociale* » dans le cadre de l'étude du sans-abrisme au Québec¹³. Nous pouvons nous inspirer pour définir la désaffiliation selon deux critères :

- a) Sociétal : une incapacité du milieu social et des institutions à gérer les relations insécurisantes.
- b) Individuel : une incapacité de l'individu à créer et gérer des relations de manière sécurisante avec son milieu social.

Il y a une leçon à tirer de cette définition pour nos organisations : l'incapacité à gérer des relations sécurisantes n'a pas à être vue comme un *critère d'exclusion*, mais plutôt comme un *indicateur de précarité*. Cela change vraiment le regard que nous pouvons porter sur des personnes qui communiquent de manière agressive, conflictuelle. Cela n'indique pas la fin de la collaboration, mais l'élément sur lequel le travail social ou thérapeutique doit agir.

11 Wilkinson R. Pickett K (2013). *Pourquoi l'égalité est-elle meilleure pour tous*, Ed. Les Petits Matins

12 Gilligan J (2003). « [Shame, Guilt and Violence](#) », *Social Research*, Vol. 70/4, Hiver 2003, p.1149-1180

13 Ministère de la Santé et de Services Sociaux. 2014. *Ensemble, pour éviter la rue et en sortir. Politique nationale de la lutte à l'itinérance*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000174/>

Ensuite, un article d'Everett Hughes que je trouve très parlant sur ce qu'il appelle le « *drame social du travail* ». Hughes¹⁴ est un sociologue du travail, et il a identifié le même phénomène dans les relations entre concierges et locataires et entre médecins et patients. Il s'agit d'une différence de position entre les individus, qui mène à des tensions dans leurs interactions.

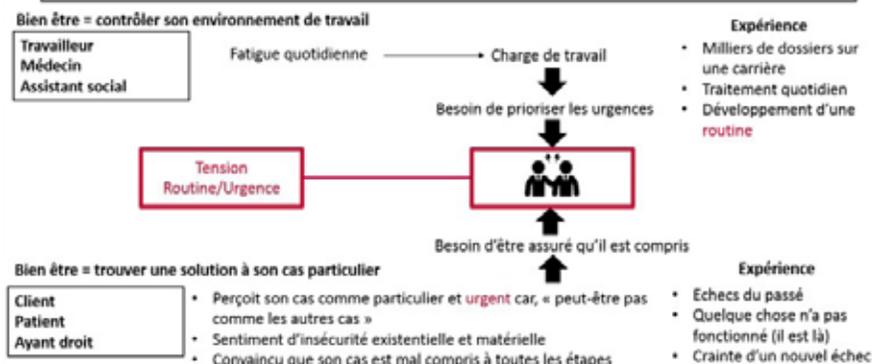
Tout travailleur essaie de contrôler sa fatigue quotidienne. Concrètement, cela veut dire savoir gérer et mettre des limites à sa charge de travail. Plus concrètement encore, il s'agit de prioriser les urgences. Pour ce faire, un médecin (ou un travailleur social, ou un psychologue, etc.) qui traite des milliers de dossiers sur l'ensemble de sa carrière finit par développer des *routines* qui lui permettent de prioriser les urgences.

De l'autre côté, le bénéficiaire, l'utilisateur, l'ayant droit, qui se retrouve sans doute chez nous après une longue série d'échecs, particulièrement envers des institutions publiques, craint que son cas ne soit pas traité de manière spécifique. Il pense que son cas est particulier, et urgent (à tort ou à raison), et ce sentiment est renforcé par un sentiment d'insécurité existentielle et matérielle. Il est convaincu que son cas est mal compris à toutes les étapes de sa recherche de solution. En ce sens, il fait tout ce qui est en son possible pour que la spécificité de son cas soit comprise et que sa situation soit traitée urgemment.

Nous nous retrouvons donc face à une tension structurelle entre logique d'urgence et logique de routine toutes deux assez légitimes et compréhensibles en regard de la différence d'expérience des deux parties. Cette tension entre un besoin d'être assuré que la situation est comprise (ce qui demande un traitement en urgence) et un besoin de prioriser les urgences (pour gérer sa fatigue) crée des tensions qui s'expriment généralement à l'accueil, qui est pris entre les deux.

14 Hughes E (1997). « Le travail et le soi », in *Le Regard sociologique*. Ed EHESS, p. 75-86

Agressivité dans les services d'aide Le « **drame social du travail** » (Hughes 1951)



La violence autodestructrice. Je ferai cours en citant cette étude suédoise sur des classes d'adolescents : dans les situations où des adolescents expriment un sentiment de disqualification sociale, les chercheurs ont constaté deux types de réaction. Dans les cas où l'adolescent se disant disqualifié a un réseau d'amitiés réciproques, celui-ci a plutôt tendance à développer des comportements harcelants. Dans les cas où il est plutôt isolé socialement, il a plutôt tendance à développer des idées suicidaires¹⁵.

Une boîte à outils

Voilà en quelque sorte une boîte à outils, un miroir à facette qui nous permet d'analyser nos pratiques, et que je peux résumer comme ceci :

- La conscience d'une différence entre la culture des professionnels et des institutions et la culture des classes populaires, qui peut générer des incidents interculturels ;
- L'identification du public « légitime », et du public « chronophage » ;
- l'analyse de la violence comme continuum de la violence la plus invisible et impersonnelle à la plus visible et la plus personnelle, et ses multiples facettes ;

¹⁵ Rojas Y (2011). "Self-directed and interpersonal male violence in adolescence and young adulthood: a 30-year follow up of a Stockholm cohort". *Sociology of Health & Illness*. Vo. 34/1, Janvier 2012. p. 16-30 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1467-9566.2011.01359.x>

- La tension structurelle entre routine et urgence qui fonde le « drame social du travail » ;
- L'idée que l'incapacité à gérer les relations de manière sécurisante avec son milieu social est un indicateur de désaffiliation plutôt qu'un critère d'exclusion.

Nos actions

J'ai parlé de notre je regard, et je dois désormais parler de nos actions.

D'abord, rappelons le contexte dans lequel un CPAS travaille :

- Sa mission prioritaire est l'ouverture des droits existants ;
- Il est soumis à des contraintes légales de délai d'octroi de l'aide (30 jours pour le revenu d'intégration sociale, 40 jours pour la prévention d'une expulsion après l'assignation en justice d'une personne par son propriétaire).
- La dimension conditionnelle de l'aide génère une forte charge administrative.
- Sa responsabilité est populationnelle. Cela signifie qu'un CPAS doit traiter toutes les demandes pour lesquelles il est compétent, il ne peut pas mettre les gens en liste d'attente ou fermer temporairement ses inscriptions parce qu'il aurait trop de charge de travail.
- Il a aussi une mission d'accompagnement social.
- C'est le dernier filet en matière de protection sociale, mais ses missions s'étendent de plus en plus dans un contexte de limitations progressives des prestations à la Sécurité sociale (comme lorsque toute la population a été envoyée vers les CPAS pour ce qui est des factures d'énergie pendant la crise énergétique).

En tenant compte de ce contexte et en nous fondant sur le cadre conceptuel décrit dans la première partie, nous pouvons tirer une série d'hypothèses pour l'organisation.

1. Les services d'aide et de soins vivront des situations de tensions interpersonnelles entre leurs travailleurs et leur public.
2. Des ayant droits (patients, usagers, etc.) auront des comportements insécurisants au sein de l'organisation, et cela demande un accompagnement particulier.
3. Des travailleurs vivront un sentiment d'épuisement, de fatigue et d'échec dans l'accompagnement.
4. Des travailleurs auront ou développeront des préjugés, des logiques de stigmatisation, des craintes quant à leur sécurité, et des stratégies d'évitement.
5. L'organisation produit malgré elle de la violence symbolique.
6. Malgré tout cela, l'organisation doit jouer son rôle d'ouverture des droits et de préservation du lien social.

L'idée de cette boîte à outils et de poser ces six hypothèses comme des constats. Nous partons du principe où les logiques structurelles vont générer ces phénomènes, et nous cherchons donc à prévenir ou à atténuer les cinq premières pour réaliser la sixième.

Les réponses du CPAS de la Ville de Bruxelles

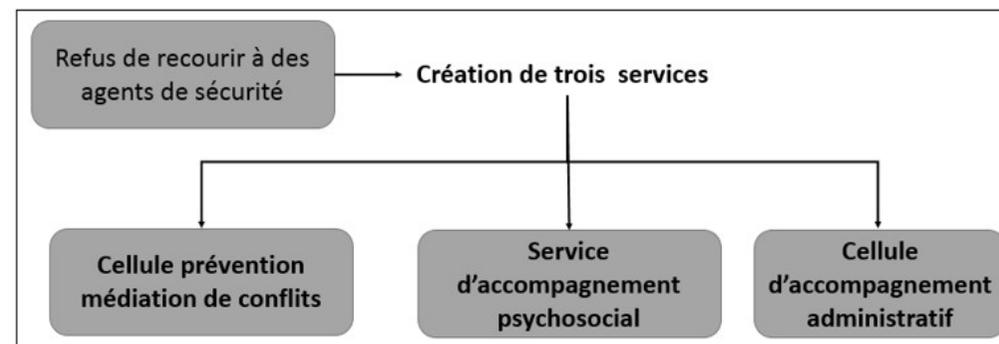
La question qui se pose est la suivante.

Que faisons-nous :

- Avec la personne perçue comme chronophage et ces situations qui nous épuisent ?
- Quand la personne se trouve en incapacité de gérer des relations insécurisantes avec son milieu social ?
- Quand la personne ne respecte pas le cadre fixé, un cadre parfois imposé à l'organisation ?
- Quand le cadre ne correspond pas aux besoins des personnes plus vulnérables ?

Certains services ou certaines administrations ont recours à des agences de sécurité. Au CPAS de la Ville de Bruxelles, ce choix n'a pas été retenu.

Pour pouvoir gérer les difficultés inhérentes aux hypothèses décrites, trois services dépendant du front office de l'action sociale ont été créés en se fondant sur les quatre niveaux de prévention : primaire (prévenir l'événement), secondaire (le circonscrire), tertiaire (le traiter et traiter ses conséquences) et quaternaire (prévenir les effets collatéraux possibles). Ces trois services sont coordonnés par la même personne. Ce sont souvent les assistants sociaux du CPAS qui font appel à ces services, quand elles identifient un besoin auprès des personnes qu'elles suivent.



« Même quand je leur crie dessus, ils s'occupent de moi ».

- Karim, 44 ans.

La cellule prévention et médiation de conflit. Cette cellule est composée de quatre éducateurs qui se trouvent sur le terrain au sein des équipes (chez nous, dans les antennes sociales). Ils sont « chargés de développer une approche multidisciplinaire, éducative, constructive, émancipatrice et non répressive. »¹⁶ Ils sont contactés par des agents de CPAS qui pensent qu'une relation se dégrade ou qui anticipent des difficultés relationnelles et viennent en prévention. Lorsqu'un incident a eu lieu, par exemple des dégâts physiques dans une antenne ou des attitudes menaçantes, un ayant droit peut être « interdit d'antenne », auquel cas il est suivi par l'éducateur de la cellule prévention média-

¹⁶ Rapport d'activités de la cellule de 2023.

tion de conflits qui fait l'interface entre la personne et les services du CPAS. Des supervisions collectives sont régulièrement organisées dans les services : quand un incident a eu lieu afin d'échanger sur les effets et les ressentis, mais aussi de manière préventive sur la question de l'agressivité.

« Je me suis détruit pendant 30 ans. Je n'ai pas vu le mal que je faisais et le mal que je me faisais. »

- Robert, 56 ans.

Le service d'accompagnement psychosocial. Ce service s'adresse aux personnes en situation d'assuétudes : (ex-)consommateur de médicaments psychotropes, d'alcool ou de drogues illicites, sur une base volontaire. Il s'adresse à des personnes qui ne sont pas forcément aidées par le CPAS et il n'y a pas de condition de traitement ou de volonté de ne plus consommer, n'importe qui peut orienter vers une personne vers ce service. Il est composé de quatre accompagnateurs et une psychologue. Les intervenants travaillent sur trois niveaux : le court terme (être à l'écoute, créer le lien de confiance, accompagner les démarches de la vie quotidienne), le moyen terme (stabiliser la situation) et le long terme (développer l'autonomie et la gestion de soi, voire aller vers une réinsertion socioprofessionnelle quand c'est possible).

« Et alors que tout le monde m'avait rejeté, il restait encore la présence de mon éducateur »

- Nadia, 49 ans.

La cellule d'accompagnement administratif. Cette cellule a été créée en 2016 pour répondre au constat de personnes très fragilisées qui peinaient à réaliser les démarches socio-administratives dans toute sorte de dimensions de leur vie : aide administrative, suivi par des établissements de santé, logement, banques, organes de prestations de sécurité sociale, administrations communales, handicap, etc. Les personnes qui y ont souvent des difficultés linguistiques avec le français, des difficultés à se déplacer ou des fragilités psychologiques.

Ces trois services permettent de réintroduire du tiers dans une relation abîmée, de réintroduire du temps dans la relation sociale entre l'ayant droit et l'organisation, de développer la reconnaissance de l'autre dans son expérience afin de maintenir l'accès aux droits dû par la collectivité. Je ne résiste pas à vous partager les mots de Dimitri Alençon, le coordinateur de ces cellules, qui expriment assez bien la philosophie de travail social qui y est pratiquée :

OUI à l'audace quotidienne dans la relation, NON aux agents de sécurité, OUI à ces travailleurs sociaux qui croient dans le dialogue, NON à ce trop de distance souvent synonyme de rejet, OUI à l'accompagnement de proximité, NON aux méthodes répressives, OUI aux renforcements des liens même dans l'adversité, NON au refus de l'écoute et de l'accueil. Quand bien même l'ayant droit suscite le rejet, les travailleurs s'efforcent au maximum de lui montrer qu'un autre mode de relation est encore possible. Le travailleur social s'emploie ainsi à user de la technique du miroir et à renvoyer les attitudes positives à l'ayant droit.

(...)

OUI, car plus fort que les mots il y a les actes. Les actes sont ces rencontres, ces démarches, ses visites, ces accompagnements au quotidien... Quand certaines paroles ne suffisent plus à rassurer, il y a tous ces actes quotidiens qui mis bout à bout permettent de réparer ou renforcer cette chaîne si souvent malmenée et abîmée. C'est ici tout le sens des actions de préventions concrètement menées par les différents services d'accompagnement. Réparer ce qui peut être encore réparé, agir et à côté de ces personnes montrer qu'il n'est pas question de renoncer.

Vous le voyez, le CPAS comme institution est souvent vu par les intervenants extérieurs comme une bureaucratie monolithique, rigide, contrôlante. Je souhaitais vous montrer une réalité plus complexe : il y a des marges de manœuvre, une vision engagée portée par des responsables de service, des choix organisationnels qui visent à favoriser

l'émancipation avec des personnes au parcours très abîmé. Et ce n'est pas un cas isolé, de nombreux responsables de services au CPAS acquiesceraient ou applaudiraient au discours de Dimitri.

Nos réflexions – ce que nous pouvons encore faire

Je vous ai emmené à la cueillette aux concepts, en m'inspirant du Regard de Gustave Courbet, en partant du « réalisme », pour ceux qui connaissent l'histoire de l'art. Je vous ai emmené visiter le CPAS et les tentatives de réponse qu'il formule à son regard. Mais nous continuons à réfléchir, et il y a encore quelques concepts que j'ai envie de partager avec vous, pour continuer à « rêver », en quelque sorte, alors je vous montre le « Rêve » de Dali, du réalisme au surréalisme en quelque sorte.

La théorie des seuils

Celle-ci se fonde sur une ethnographie réalisée dans des services bas seuils destinés à l'accompagnement des situations d'assuétudes en Norvège¹⁷. Elle identifie quatre « seuils » d'accès aux services et des stratégies pour faire baisser ces seuils.

Seuil	Stratégie
Confiance	Sécurisation existentielle, respect et écoute dans des interactions répétées
Inscription	Attitude d'aller vers, posture de disponibilité permanente dans le service

Je les décris vite, c'est facile à comprendre.

Le seuil de confiance se fonde sur le fait que la personne a vécu de nombreux échecs et des mauvaises expériences en s'adressant à toute sorte d'organisations. La conséquence, c'est que ces personnes n'ont plus envie de s'adresser à des services qui leur sont destinés, et il donc il faut reconstruire cette confiance, et donc, c'est un seuil. Pour le bais-

¹⁷ Edland-Grit M, Skatved AE (2013), "Thresholds in a low-threshold setting: An empirical study of barriers in a centre for people with drug problems and mental health disorders", International Journal of Drug Policy (2013/24), n°3, pp. 257-264.

ser, il faut sécuriser l'existence des personnes. Cela se fait en montrant du respect dans des interactions répétées, dans toutes circonstances.

Le seuil d'inscription, c'est la facilité ou la difficulté à s'inscrire dans le service. Il faut avoir la connaissance de son existence, qu'il soit accessible géographiquement, accessible physiquement, oser passer la porte, oser dire « j'ai besoin de vous », et pour ça il faut se sentir accueilli. Et là la piste pour le baisser, c'est une posture d'aller vers. C'est sortir du bureau, aller voir la personne dans son milieu de vie, dans son environnement. J'aime rappeler que cette logique de l'aller/vers, de l'outreach, ce n'est pas vraiment une innovation sociale, c'est l'origine du travail social, depuis sa professionnalisation en 1917¹⁸. Mais ce n'est pas que ça. Si les accueillantes sont en train de parler de leurs vacances dans la salle d'attente, dos aux personnes, cela ne donne pas un sentiment d'aller-vers. C'est aller ouvrir la porte à la personne qui hésite, lui sourire, détendre l'atmosphère, offrir un café. C'est toute une posture à incarner dans la relation.

Le seuil de compétence, c'est la capacité à exprimer sa demande. Il faut savoir parler la langue, mettre des mots sur sa situation, savoir transformer sa plainte en demande. Nous l'avons vu dans les vignettes cliniques de l'intervention précédente par le méridien : certaines personnes mettent un an avant de pouvoir transformer leur plainte en demande. Il faut aussi maîtriser les codes des professionnels. Rappelez-vous du paradoxe du rapport aux institutions de Vincent Dubois : la distinction culturelle entre culture des soignants et celle des patients, celle des professionnels et celles des personnes qui s'adressent à eux. Baisser le seuil de compétence se fonde sur le feedback constructif sur les interactions entre la personne et son milieu social, les organisations. Cela demande un lien de confiance fort : elle doit se sentir sécurisée, elle demande alors elle-même ce feedback. Cela demande parfois de construire cette relation sur le long terme, un an, deux ans, une semaine, ça dépend des gens, pour arriver à avoir une personne qui dit

¹⁸ Richmond M (1917), Social Diagnosis, Russels Sage Foundation.

« mais pourquoi elle s'est énervée la psychiatre là, qu'est-ce que j'ai fait de mal ? tu peux m'aider à comprendre ce que j'ai dit de mal? », et pouvoir répondre de manière authentique, et qu'elle puisse se rendre compte « ohlala, mais c'est pas du tout ce que j'ai voulu dire. », et là il y a un axe de travail.

Le seuil d'efficience mérite un peu d'attention, car il est très présent mais nous n'y pensons pas toujours. Le seuil d'efficience, c'est le lien avec les missions du service. Le service a des missions, des objectifs, des indicateurs d'activité à mettre dans les rapports d'activité. Le seuil d'efficience, c'est le fait que les professionnels ont intériorisé ces objectifs et qu'ils évaluent la qualité de leur travail à leur capacité à résoudre la situation des personnes qui s'adressent à elle. Mais avec certaines personnes, ils ou elles ont l'impression d'être en échec : ça les épuise. « Tout ça pour rien ». Je n'aime pas beaucoup le terme d'efficience car il donne l'impression qu'on pourrait faire mieux, mais parfois, avec des personnes très abîmées, ça prend juste du temps, beaucoup de temps, des pas en avant, des pas en arrière, et peut-être qu'on est déjà au maximum de l'efficience dans l'accompagnement.

Ce seuil-là, c'est l'épuisement du travailleur face à des situations qu'il considère comme chronophage, et la notion de chronophage, c'est lié à l'impression de ne pas avancer. Et la réponse, c'est de valoriser les petites victoires. Accepter qu'il y a des pas en avant et des retours en arrière, que l'échec fait partie de l'apprentissage. Cette personne qui vient s'enfermer dans nos toilettes pendant huit heures en hurlant, avec des canettes de bière, et qui refuse de voir un professionnel, d'accord, ce n'est pas tenable, mais elle vient, on a sécurisé un lien, c'est une petite victoire d'où on peut se fixer un nouveau micro-objectif.

Le diagnostic de vulnérabilité structurelle

Je vous en montre un dernier, et ensuite j'arrête. C'est un diagnostic qui est fondé sur l'analyse des violences structurelles sur la personne¹⁹.

¹⁹ Bourgois P, Holmes S, Sue K, Quesada J, (2017), Structural Vulnerability: Operationalizing the Concept to Address Health Disparities in Clinical Care, Acad Med. (2017/92) n°3, pp. 299-307.

C'est utilisé aux États-Unis dans une clinique, quand des gens viennent de manière répétée aux urgences pour des raisons similaires. Il s'agit de travailler sur les causes et plus sur les conséquences, avec des équipes pluridisciplinaires. Je vous passe l'ensemble du questionnaire mais j'attire votre attention sur une petite partie du questionnaire. L'outil permet d'identifier toute une série de problématique, mais une partie s'adresse au professionnel, ce sont des questions qu'il doit se poser silencieusement à lui-même. Cela dit, « demandez-vous en silence » :

- Est-ce que certains services ou intervenants pourraient penser que cette personne mérite sa situation du fait de son style de vie, de son apparence ou de ses comportements ?
- Est-ce que des éléments de son apparence, son groupe ethnique, son comportement social, une addiction, ou sa personnalité pourraient donner l'impression que cette personne ne mérite pas d'être aidée avec un suivi de haute qualité ?
- Est-ce que des services sociaux ou de santé (y compris le mien) pourrait trouver qu'il est difficile de travailler avec cette personne du fait de sa manière d'interagir avec les services et les intervenants ? Est-ce que cette manière d'interagir pourrait lui fermer accès à d'autres services sur la base de stigmatisation, de stéréotypes ou de jugements de valeurs négatifs ?

Evidemment, cela s'adresse au professionnel qui rencontre la personne aussi, est-ce que moi je pense que cette personne mérite sa situation et à partir de quel élément ? C'est un outil réflexif, une manière de se décentrer pour questionner la manière dont nous interagissons avec cette personne, mais aussi pour creuser comment elle interagit avec les services.

Et je vais terminer là-dessus, avec cette anecdote sur comment cela m'a personnellement servi. C'était une personne qui souffrait d'une maladie générative, dont j'ai oublié le nom, mais en gros ses muscles se fondent. Cette personne avait 40 ans, elle entendait des voix qui lui induisaient de la paranoïa, et cette personne, je la trouvais insupportable.

Je suis difficile à irriter dans le cadre de mon travail, mais elle, elle énervait tout le monde : l'accueil, le médecin, moi. Elle avait toujours quelque chose à reprocher : j'avais une minute de retard après avoir couru entre les urgences, elle allait dire « tu m'as oublié hein, t'es en retard », sur un ton de reproche. Et puis j'ai lu cet article, et je me suis posé ces questions. Et j'ai eu comme un déclic : « si moi elle m'énerve, et qu'elle énerve tout le monde ici, elle énerve peut-être donc tous les professionnels, et peut-être qu'elle ne comprend pas vraiment son diagnostic », donc j'ai posé la question. « Monsieur, comment ça se passe chez le spécialiste, combien de temps ça dure ? ». Ca a transformé la discussion :

- Chez le spécialiste ? 5 minutes.
- 5 minutes ? Mais qu'est-ce qu'il se passe, vous parlez de quoi, vous comprenez votre diagnostic ?
- Pas vraiment, ça va très vite, quand je demande il me répond que c'est compliqué, c'est des codes INAMI.

Et je ne sais pas, ça a engagé toute une nouvelle relation entre nous, toujours avec un peu de reproches, mais sans irritation.

J'arrête ici, par manque de temps. Je voulais vous dire où nous en sommes, ce que nous faisons, et vous montrer que c'est un processus, toujours évolutif, avec de nouvelles questions.

Merci beaucoup.



Centre Public d'Action Sociale
De la Ville de Bruxelles

Openbaar Centrum voor Maatschappelijk
Welzijn van de Stad Brussel



**Réseau pluridisciplinaire d'accompagnement
et de soutien aux problématiques d'addictions**

Rue du Tabellion 64, 1050 Ixelles

T: +32 2 534 87 41

resad.asbl@resad.be

www.resad.be

CB Triodos: BE24 5230 8106 8938

0444.964.338 | R.P.M. Bruxelles



**Le Certificat
santé mentale en
contexte social :
multiculturalité
et précarité
de l'UCLouvain**