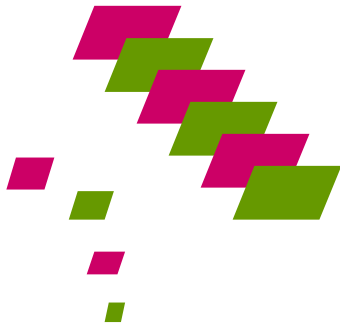


Prise en charge de la
souffrance
psychosociale des
personnes en situation de
vulnérabilité sociale

Décembre 2010



Étude réalisée à la demande et avec le soutien financier
du Groupement régional de santé publique de Bourgogne



Prise en charge de la **souffrance** **psychosociale** des personnes en situation de **vulnérabilité sociale**

Réalisation

Laetitia DREAN (chargée d'études, sociologie politique),
Bernadette LÉMERY (directrice de l'ORS, économiste de la santé),
Isabelle MILLOT (directrice des études, médecin de santé publique),
Benoît NAVILLON (technicien informatique)
Mise en page, Christine FIET (assistante de direction)

Remerciements

À tous les professionnels des Centres d'hébergement et de réinsertion sociale et de l'association Écoute, Aide et Conseil et à toutes les personnes bénéficiaires interrogées.

Table des matières

INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE DE LA SOUFFRANCE PSYCHOSOCIALE. L'EXEMPLE DE L'ASSOCIATION EAC	8
I. DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE AU SEIN DE L'ASSOCIATION EAC	8
A. PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE EAC	8
B. LES PRATIQUES DE LA PRISE EN CHARGE DE LA SOUFFRANCE PSYCHOSOCIALE	8
1. DE L'ORIENTATION À L'ÉCOUTE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE : ACCUEILLIR DES DEMANDES MULTIPLES	9
2. LES SPÉCIFICITÉS DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE	11
C. LES MODES D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE	14
1. L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE : PRIORITÉ À L'ACCESSIBILITÉ	14
2. UN MODE DE FONCTIONNEMENT ADAPTÉ AU TRAVAIL CLINIQUE DES PROFESSIONNELS	17
3. UNE STRUCTURE CONFRONTÉE À DES PROBLÈMES DE PÉRENNISATION	18
D. L'ORIENTATION DES CONSULTANTS ET LE TRAVAIL DE PARTENARIATS	21
1. AVEC LES PROFESSIONNELS SOCIAUX ET PSYCHOLOGUES	21
2. AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET DE SANTÉ MENTALE	25
3. LE TRAVAIL EN RÉSEAUX	26
II. LES EXPÉRIENCES VÉCUES PAR LES CONSULTANTS	28
A. PROFILS ET PARCOURS PSYCHOSOCIAL DES CONSULTANTS	28
1. DESCRIPTION DE LA POPULATION ENQUÊTÉE	28
2. LES MODALITÉS D'ACCÈS À LA PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE	29
B. LES EXPÉRIENCES DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE À EAC	32
1. LES RELATIONS AVEC LES PROFESSIONNELS ET L'APPRENTISSAGE DES RÈGLES DE FONCTIONNEMENT	32
2. LE SENS DU MAL-ÊTRE ET LES EXPÉRIENCES DE LA PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE	37
3. DU SUIVI INDIVIDUEL AUX ACTIVITÉS COLLECTIVES	40
C. L'ORIENTATION ET LE RECOURS AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ	41
1. LA DÉFINITION DE LA SANTÉ	41
2. LE RECOURS AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET DE SANTÉ MENTALE	42
CHAPITRE 2 : DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE ET/OU COLLECTIVE DE LA SOUFFRANCE PSYCHOSOCIALE. L'EXEMPLE DES ATELIERS BIEN-ÊTRE	43
I. DISPOSITIF DES ATELIERS BIEN-ÊTRE DE DEUX RÉSIDENCES CHRS	43
A. PRÉSENTATION DES DEUX CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE RÉINSERTION SOCIALE (CHRS)	43
B. LES PRATIQUES DE LA PRISE EN CHARGE DE LA SOUFFRANCE PSYCHOSOCIALE PAR LES ATELIERS BIEN-ÊTRE	44
1. LES ATELIERS BIEN-ÊTRE ET LES AUTRES ACTIVITÉS COLLECTIVES : DES OUTILS COMPLÉMENTAIRES	44

2.	SENS DE LA PRISE EN CHARGE ET SPÉCIFICITÉS DES ATELIERS BIEN-ÊTRE	47
C.	LES MODES D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT DES ATELIERS BIEN-ÊTRE	55
1.	L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE : PRIORITÉ AUX PUBLICS FRAGILISÉS	55
2.	DU COLLECTIF À L'INDIVIDUEL : UNE MODALITÉ DE FONCTIONNEMENT ADAPTÉE AUX RÉSIDENTS	58
3.	LES ATELIERS BIEN-ÊTRE : UNE EXISTENCE FRAGILE	59
D.	L'ORIENTATION DES RÉSIDENTS ET LE TRAVAIL DE PARTENARIATS	61
1.	L'ORIENTATION DES RÉSIDENTES VERS LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET DE SANTÉ MENTALE	61
2.	DES PARTENARIATS DIVERSIFIÉS	64
II.	EXPÉRIENCES VÉCUES PAR LES PARTICIPANTES	66
A.	PROFILS ET PARCOURS PSYCHOSOCIAUX DES PARTICIPANTES AUX ATELIERS « BIEN-ÊTRE »	66
1.	PROFIL DES PARTICIPANTES AUX ATELIERS BIEN-ÊTRE	66
2.	LES MODALITÉS D'ACCÈS À LA PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE	67
B.	LES EXPÉRIENCES DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE À TRAVERS LES ATELIERS BIEN-ÊTRE	71
1.	LES FORMES ET LE FONCTIONNEMENT DE L'AIDE PSYCHOSOCIALE AU QUOTIDIEN AU SEIN DES CHRS	71
2.	LE SENS DU MAL-ÊTRE ET EXPÉRIENCES DES ATELIERS BIEN-ÊTRE	74
C.	L'ORIENTATION ET LE RECOURS AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ	81
1.	LES DÉFINITIONS DE LA SANTÉ	81
2.	LE RECOURS AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET DE SANTÉ MENTALE	81
3.	EFFET DES ATELIERS EXPRESSION DE SOI ET BIEN-ÊTRE SUR LA PERCEPTION DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE	83
	CONCLUSION	84
	BIBLIOGRAPHIE	85

INTRODUCTION

► Contexte

Au cours des années 90, de nombreux dispositifs ayant pour vocation de proposer des lieux d'écoute à des publics défavorisés (jeunes en insertion, personnes en situation de précarité économique et sociale, demandeurs d'emploi) ont été développés. Les difficultés liées à l'emploi, au logement, aux revenus sont de plus en plus appréhendées en termes de souffrance psychosociale. Les obstacles liés à l'insertion socioprofessionnelle et l'affaiblissement des liens sociaux sont ainsi identifiés comme générateurs de mal-être émotionnel.

Face à ce constat, l'émergence de la souffrance psychosociale devient un problème de santé publique. Dans son rapport « *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher* » remis en février 1995 au ministère de la solidarité, le Professeur Antoine Lazarus, médecin de santé publique, met en exergue ce phénomène : « *la souffrance dont on parle est plus souvent cachée qu'exprimée explicitement* ». Dans son prolongement, le thème de la souffrance psychosociale est repris dans la loi d'orientation de lutte contre les exclusions du 28 juillet 1998 qui énonce « *la nécessité d'actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé, de soins, de réinsertion et de suivi, mises en œuvre chaque année, dans chaque département, pour améliorer la santé des personnes démunies* »¹. Parmi ces actions, la réhabilitation des compétences psychosociales des individus constitue un objectif prioritaire.

La prise en compte de la souffrance psychique par les pouvoirs publics se concrétise d'abord dans des actions en direction des jeunes. En 2000, le Haut Comité de Santé publique publie un rapport sur « *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes* »², dans lequel les professionnels mettent l'accent sur « *le comportement de nombreux jeunes qui traduit une fragilité voire une détresse liée à des difficultés sociales, psychologiques, éducatives, familiales, scolaires ou professionnelles* » et souligne le niveau préoccupant des indicateurs de souffrance psychique des jeunes. Dans cette perspective, des lieux d'écoute sont institués par deux circulaires du 14 juin 1996 (circulaire Barrot) et du 10 avril 1997³ (circulaire Gaudin) créant des Points d'accueil Jeune (PAJ) et d'écoute Jeune (PEJ), transformés en 2002 en réseau unifié de PAEJ. La prise en compte des difficultés psychosociales des enfants, adolescents et des jeunes adultes va progressivement s'étendre à l'ensemble des publics fragilisés par la précarité des conditions de vie. La circulaire du 2 août 2001, relative aux actions de santé conduites dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) dans le champ de la santé mentale⁴, rappelle que la souffrance psychique en rapport avec la précarité est un problème prioritaire des PRAPS.

Sur le terrain, des associations d'écoute se multiplient avec pour mission de favoriser l'accès des personnes en difficultés à l'aide psychologique. Ces lieux d'écoute sont hétérogènes : leurs modes d'organisation, de financement diffèrent fortement selon leurs structures d'accueil et le public visé.

¹ Article 71 de la loi du 28 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions

² Haut Comité de Santé Publique, *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*, Février 2000, 132 p.

³ Circulaire n°96/378 du 14 juin 1996 relative à la mise en place de points d'accueil pour les jeunes âgés de 10 à 25 ans, Ministère du Travail et des affaires sociales et secrétariat d'Etat chargé à l'action humanitaire et Circulaire DAS/DSF1 n°97/280 du 10 avril 1997 relative à la mise en place de points d'écoute pour les jeunes et/ou parents, ministère de l'Aménagement du territoire, de la Ville et de l'Intégration et ministère délégué à la ville, abrogée par la Circulaire DGS-DGAS n°2002/145 du 12 mars 2002 relative à la mise en œuvre d'un dispositif unifié des points d'accueil et d'écoute jeunes.

⁴ Circulaire DGS/6C/DHOS/02/DGAS/DIV n° 2001/ 393 du 2 août 2001 d'orientation relative aux actions de santé conduites dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) dans le champ de la santé mentale.

Parallèlement aux structures d'écoute (comme EAC : Écoute, Aide et Conseil), des ateliers de « *Bien-être* » destinés aux personnes détenues en milieu carcéral et aux individus en réinsertion socioprofessionnelle ont été mis en place par certains PRAPS de 1^{ère} et de 2^{ème} génération⁵ dans le cadre du repérage précoce de la souffrance psychique et de la gestion des comportements à risques. L'objectif de ces ateliers vise la réhabilitation de l'estime de soi et des dispositions à agir. De manière générale, l'ensemble de ces dispositifs participe de ce traitement renouvelé de la question sociale, où des lieux d'accompagnements psychologiques constituent des ressources sociales en réponse à la précarisation des conditions de vie. Ces ateliers s'inscrivent dans le cadre général des dispositions nationales (loi contre l'exclusion, Circulaire Gaudin et Barrot) ou des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins, mais ne font pas l'objet d'une réglementation générale précisant leurs objectifs et modes de fonctionnement. Ils résultent principalement d'initiatives locales et d'actions coordonnées entre différentes institutions et organismes publics.

► *Objectifs*

De nombreux ateliers de type « Estime de soi », « Miroir de Soi », « Gestion du stress » se sont développés sur le territoire bourguignon. Or, à l'heure actuelle, la connaissance sur la localisation, l'organisation, les missions et les publics accueillis est partielle et ne permet pas d'appréhender précisément la nature et la place de ces ateliers dans le champ de la prise en charge de la souffrance psychosociale. Améliorer les dispositifs de santé mentale est une préoccupation majeure du PRSP (mesure n°56), c'est pourquoi, l'ORS a été mandaté pour réaliser un état des lieux des dispositifs d'accompagnement psychosocial existant dans la région. Il s'agit d'identifier et de recenser les différentes aides existantes. L'étude vise aussi à mettre en perspective deux dispositifs d'accompagnement de la souffrance psychosociale : un point d'accueil psychologique tout public et un atelier *Bien-être* pour les usagers de structures sociales ou socioprofessionnelles (CHRS, CCAS etc...). Peu de travaux se sont intéressés à ce qu'apporte ce type d'accompagnement à la fois pour les usagers et pour les intervenants. La finalité de l'étude proposée par l'ORS est de comprendre les différences de recours à ces deux formes de prise en charge et de questionner la place qu'occupent ces deux dispositifs distincts dans les trajectoires sociales et de santé des usagers. Dans cette perspective, l'analyse se décline en trois objectifs spécifiques :

- Définir une typologie des lieux d'accueil et d'accompagnement psychosociaux. Pour cela, une enquête par questionnaire a permis d'établir un répertoire et d'appréhender leur répartition sur le territoire.

- Identifier par entretiens individuels et collectifs les parcours sociaux et de santé qui amènent les personnes à recourir à ces dispositifs. A partir de ces entretiens, est proposée une typologie des usagers accueillis dans les structures sélectionnées et l'expérience qu'ils ont de ces différents supports psychosociaux.

- Analyser l'impact des dispositifs sur l'organisation et les identités des professionnels de l'intervention sociale et psychologique. Il s'agit de questionner les conceptions de la prise en charge de la souffrance psychosociale, la répartition des tâches entre les professionnels intervenants collectivement et individuellement dans cette prise en charge, les modes de financement de ces actions, l'état des relations des structures sélectionnées (CHRS, CCAS, Missions locales, etc) avec les professionnels et services de psychiatrie de droit commun et les réseaux de santé mentale existants (partenariats formels ou informels).

⁵ Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins dits de 1^{ère} génération (2001-2003), plus spécifiquement les PRAPS d'Île de France et Midi-Pyrénées.

► Définitions et méthodologie

Définitions

Pour rendre compte de la prise en charge de la souffrance psychosociale des publics en situation de vulnérabilité sociale, il est nécessaire de revenir préalablement sur les diverses notions qui étayent ces termes de souffrance psychosociale d'une part et de publics en situation de précarité d'autre part.

Liens entre souffrance psychique et précarité

Quels sont les liens entre précarité et souffrance psychique d'origine sociale ou souffrance psychosociale ? Selon le rapport Lazarus « *la souffrance psychique se traduit plus dans une incapacité des institutions communes à accueillir ces personnes et par la difficulté de celles-ci à y trouver une place (...)* »⁶. Pour l'auteur, la souffrance d'origine sociale est générée par l'absence de reconnaissance, l'exclusion des individus des instances sociales et économiques. Cette souffrance psychique, selon ses termes, va jusqu'à « *tenir lieu d'indicateur de la précarité sociale* »⁷. Parallèlement, l'observatoire national des pratiques en santé mentale (ONPSM-OSPERE) constitué autour de Christian Laval et Jean Furtos développe la notion en lui associant l'idée de « *précarité psychique* » qui « *correspond à la vulnérabilité psychique devant le vacillement du monde et les difficultés de reconnaissance de soi comme digne d'existence dans un groupe humain donné (...)* »⁸. Le terme de souffrance psychique désigne ainsi l'articulation du psychique, du somatique et du social, c'est-à-dire la manière dont les inégalités sociales s'inscrivent jusque dans le corps et l'esprit des personnes. Si les mobilisations collectives portaient autrefois sur l'ensemble des revendications contre les inégalités sociales et la souffrance s'interprétait à travers une lecture politique, cette souffrance d'origine sociale s'exprime depuis plusieurs décennies sur le mode de l'affect douloureux, qui sans être une « maladie » relève de la santé mentale.

La souffrance psychosociale qualifie un état de mal-être d'une personne individuelle confrontée à des situations socio-économiques défavorables. Elle renvoie à la réponse donnée par les institutions sociales et sanitaires aux problèmes sociaux. Didier Fassin la désigne comme « *une manière particulière de souffrir par le social, d'être affecté dans son être psychique par son être en société (...). Pour répondre à cette souffrance nouvellement identifiée, des points d'accueil, des boutiques psy se mettent en place. Assister les publics en difficulté suppose désormais de se mettre à l'écoute. Ainsi l'écoute devient-elle une politique.* »⁹

Ce sont ces deux aspects de la prise en charge de la souffrance psychosociale que nous réunissons dans notre analyse : d'un côté, l'usage de ces dispositifs par les différents publics concernés et la mise en relation avec leur ressenti et leurs conditions de vie, de l'autre le fonctionnement de ces modes d'intervention psychosociaux et l'implication des professionnels.

⁶ LAZARUS Antoine, *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, rapport du groupe de travail " ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale, février 1995

⁷ LAZARUS Antoine, *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, rapport du groupe de travail " ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale, février 1995

⁸ FURTOS Jean, *Rhizome Bulletin national santé mentale et précarité*, « Précarité du monde et souffrance psychique », n°5, janvier 2001

⁹ FASSIN Didier, *Des maux indicibles, Sociologie des lieux d'écoute*, Paris, La Découverte, coll. Alternatives sociales, p.9

La précarité et les publics en situation de précarité

A qui s'adressent ces dispositifs ? Si l'attention et les initiatives des acteurs publics se sont, à l'origine, concentrées sur les difficultés des enfants, adolescents et jeunes adultes, la prise en charge de la souffrance psychosociale semble concerner aujourd'hui l'ensemble des personnes affectées par des conditions de vie précaires et des problèmes d'insertion sociale à tous les âges de la vie.

Définir la précarité est une entreprise délicate et soumise à controverse. Plusieurs approches ont tenté de clarifier la notion. La précarité sociale et économique se réfère souvent à des critères objectifs sur les conditions de vie des individus : absence et perte d'emplois, multiplication des emplois précaires, perte ou difficultés à trouver un logement, faibles revenus.

Cette définition communément acceptée est toutefois limitée si elle n'intègre pas les dimensions subjectives, c'est-à-dire le ressenti des conditions de vie, les sentiments d'abandon, d'isolement, d'injustice, de honte ou au contraire de fierté face à l'adversité. Une personne peut-être employée en contrat à durée déterminée à temps partiel sans nécessairement faire l'expérience de l'indignité sociale ou du mal-être. Aussi faut-il être attentif non seulement à la précarité économique mais aussi aux liens sociaux qui entourent la personne. L'affaiblissement des liens familiaux et des relations de proximité peuvent être des répercussions économiques et sociales. A l'inverse le maintien ou la recomposition des liens sociaux peuvent constituer des ressources sociales importantes pour l'individu.

Enfin, la précarité est aussi un statut social spécifique assigné aux individus. Ce dernier est construit à travers la relation d'assistance ou d'aide entre les populations en difficultés et les institutions sociales les prenant en charge¹⁰, auxquelles répondent les individus par différentes attitudes à l'égard des aides proposées (évitement ou sollicitation, non recours aux soins).

Lorsque l'on évoque les publics précaires, la définition renvoie à un éventail très large de situations, allant des personnes sans domicile, aux jeunes en difficultés d'insertion professionnelle diplômés ou non qualifiés, familles monoparentales et personnes vivant des périodes de chômage prolongé.

Si les structures sociales proposant des dispositifs d'accompagnement psychosociaux rassemblent majoritairement des personnes en réinsertion sociale et professionnelle fortement affectées par la précarité, les publics ne sont pas pour autant homogènes.

C'est pourquoi, l'analyse de ces dispositifs qui font l'objet de ce rapport, porte son attention non seulement sur les individus pris en charge pour leur souffrance psychosociale mais également sur leurs trajectoires médicales, sociales, familiales et professionnelles, fréquemment ponctuées de ruptures et de reconstructions.

Approches sociologiques et méthodes d'enquêtes de la prise en charge de la souffrance psychosociale

- **Approches sociologiques de la prise en charge de la souffrance psychosociale**

Le regard porté par les sciences sociales sur la place de la psychologie dans l'intervention sociale est souvent critique.

Une première approche, s'inspirant du *mouvement anti psychiatrie*, voit dans l'intervention psychologique au sein du travail social une forme de dérive de la prise en charge des problèmes sociaux. La psychologisation de l'action sociale indexerait la précarité socio-économique aux seuls individus et à la subjectivité et non plus aux mutations des politiques de l'emploi, du logement. Elle serait une nouvelle modalité du contrôle social exercé par les institutions sur les populations les plus

¹⁰ PAUGAM Serge, *La disqualification sociale*, Paris : PUF, 1998.

démunies. L'introduction de la psychologie dans le traitement social induit, pour Robert Castel, la mainmise des psychiatres sur les problèmes sociaux¹¹ et participe davantage d'une gestion des risques sociaux (lutter contre les incivilités, les formes de « déviance ») que de la réhabilitation des personnes dans la société.

Une deuxième approche, centrée sur la précarité sociale, analyse le recours aux « *techniques psychologiques comme une politique compassionnelle* »¹² de l'action publique pour traiter les inégalités sociales. Validée et impulsée par les psychiatres, les psychologues et travailleurs sociaux sont mis à contribution pour mettre en place, non sans difficulté, une clinique du social. De ce fait celle-ci s'accompagnerait de la « *dépsychiatriation de la prise en charge* ». Dans ces nouveaux lieux d'écoute les professionnels se retrouvent à faire de la psychologie sans en avoir les outils et les moyens, la souffrance des usagers fait alors face à la souffrance des professionnels démunis. Les travaux de D. Fassin et M. Joubert mettent en relation cette souffrance des professionnels avec les enjeux et difficultés de partenariats entre les différents types d'intervenants (sociaux et médicaux)¹³. Ces travaux soulignent les limites de ce type d'actions, qui ne sauraient remplacer l'impact des revendications politiques et citoyennes. L'appui psychologique proposé aux personnes en difficulté aurait pour revers une injonction à la performance et à la compétence de plus en plus forte sur les individus.

Cette prise en compte des modalités d'exercice des professionnels (travailleurs sociaux, infirmières, psychologues) est particulièrement utile pour l'analyse des dispositifs psychosociaux mais nécessite d'être actualisée et complétée par une troisième approche. Concernant les professionnels, les identités des travailleurs sociaux et psychologues sont souvent interprétées comme conflictuelles. Sans sous estimer cette réalité, il est important de se pencher sur les formes de solidarités, de partenariats, de ressources suscitées par l'articulation de ces deux catégories professionnelles au sein de ces dispositifs. Concernant les usagers, l'intervention psychosociale ne produit pas seulement une individualisation de la prise en charge, les ateliers tendent, au contraire, à créer ou recréer du collectif. L'intérêt de cette double approche est de prendre en compte l'importance des liens entre les professionnels et les bénéficiaires, et entre les participants à ces activités.

- **Méthodes d'enquêtes**

L'analyse de la prise en charge de la souffrance psychosociale comporte deux volets. Un premier volet « répertoire » recense les différents dispositifs psychosociaux identifiés en Bourgogne. A partir de cet état des lieux, un deuxième volet d'analyse s'appuie sur une étude qualitative de deux dispositifs de prise en charge, l'un de type individuel, l'autre collectif.

- **Répertoire et cartographie**

Afin de déterminer une typologie des lieux d'accueil, l'ensemble des structures concernées a été interrogé par questionnaires adressés afin de rassembler des informations sur le statut juridique des structures, les professionnels, le nombre et la qualité des professionnels mobilisés (effectifs et/ou l'équivalent temps plein correspondant), le public rencontré, l'orientation des bénéficiaires, les partenariats formels ou informels. Le recueil de ces informations a permis de constituer un répertoire et une cartographie localisant ces dispositifs sur le territoire.

¹¹ CASTEL Robert, *La gestion des risques. De l'anti psychiatrie à l'après psychanalyse*, Editions de Minuit, 1981.

¹² FASSIN Didier, *Des maux indicibles, sociologie des lieux d'écoute*, Paris, Editions de la découverte, 2004

¹³ FASSIN Didier, *Les figures de la santé publique*, Paris, La Découverte, 1997 et JOUBERT Michel, *Santé mentale, ville et violence*, Eres, 2003 cités par BRESSON Maryse, *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*, Paris, L'Harmattan, coll. Logiques sociales, 2009.

Les informations collectées par questionnaires et auprès des personnes ressources rencontrées ont permis de mieux caractériser la prise en charge de la souffrance psychosociale au sein de chaque catégorie d'institutions.

Les questionnaires ont ainsi été adressés aux :

- Missions locales¹⁴
- Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)
- Services sociaux des Caisses d'allocations familiales (CAF)
- Centres sociaux
- Service sociaux du régime général d'Assurance maladie Bourgogne-Franche Comté
- Centres d'examens de santé (CES) des caisses primaires.

• **Analyse qualitative de la prise en charge de la souffrance psychosociale**

L'analyse s'appuie sur l'étude croisée d'un atelier *Bien-être* de type collectif (pouvant être individualisé selon les difficultés des bénéficiaires) et d'un dispositif d'écoute individuelle. Les deux dispositifs retenus ont en commun de proposer gratuitement des moyens d'expression et d'écoute mais se distinguent aussi nettement par leur fonctionnement, les statuts et qualifications des professionnels mobilisés (psychologues, médecins, conseillères sociales, agent de santé, éducateurs spécialisés, infirmières).

• **Méthodologie**

L'analyse s'appuie sur des entretiens qualitatifs de type récits de vie réalisés auprès des usagers et de deux entretiens collectifs (focus group) auprès des professionnels.

Il ne s'agit pas d'analyser le travail thérapeutique mais de comprendre les effets sociaux de ces différents dispositifs en termes d'identités sociales pour les usagers.

La fréquentation de ces espaces peut être lue comme une trajectoire au cours de laquelle se construisent et évoluent l'identité des bénéficiaires, les perspectives en fonction desquelles ils envisagent leurs recours, la fréquence et le contenu ainsi que la nature de leurs relations avec les professionnels. Nous nous interrogerons sur les différentes logiques qui président au recours à ces structures. S'agit-il d'une logique de complémentarité ou de subsidiarité qui orientent les usagers, répondent-elles à des usages bien différenciés ?

• **Échantillon et difficultés de l'enquête**

Le projet d'étude qui reposait initialement sur deux structures, a dû inclure un troisième organisme afin de surmonter les difficultés liées au nombre limité de participantes aux ateliers *Bien-être* et à leurs sorties du CHRS. Les ateliers *Bien-être* réunissent en moyenne 5 participantes par atelier ce qui restreint le nombre de personnes susceptibles d'être interrogées. Par ailleurs, un certain nombre de participantes sont des anciennes résidentes qui avaient quitté le CHRS au moment de l'enquête, renforçant les difficultés pour les interrogées. En outre, les appréhensions des participantes face à un entretien oral avec un intervenant extérieur ont majoré les difficultés. En effet, enquêter auprès d'un public soumis en permanence à de nombreux entretiens sociaux, vivant des ruptures sociales importantes (perte du logement, chômage, violences, mesures d'aide AEMO) et pouvant avoir une attitude de défiance à l'égard des institutions, nécessite d'établir de relations de confiance avec l'enquêteur sur du long terme. Pour cela, un temps d'immersion minimal au sein de la structure est indispensable. Au total, 9 participantes ont été interrogées sur les deux structures.

¹⁴ La prise en compte de la souffrance psychosociale et l'importance d'orienter les patients vers des services de soin de droit commun

Afin de contourner ces difficultés, une troisième structure proposant un atelier *Bien-être* a été retenue. Au-delà de la taille de l'échantillon de personnes interrogées, la structure devait comporter un intérêt pour l'analyse de l'aide psychosociale. Il est apparu dès lors pertinent d'inclure dans l'analyse une structure proposant un dispositif mixte articulant prise en charge psychologique individuelle et un atelier *Bien-être* afin de saisir la spécificité de chaque dispositif vis-à-vis du public accueilli.

Les entretiens ont une durée moyenne d'une heure et ont été réalisés en face à face ou par téléphone. Deux personnes participant à l'atelier *Bien-être* ont refusé l'entretien oral, préférant faire le récit de son expérience par écrit (courriel).

Concernant les usagers d'EAC, 13 consultants ont été interviewés dans le cadre de la prise en charge psychosociale individuelle proposée par l'association Écoute, Aide et Conseil.

Concernant les intervenants professionnels, deux entretiens de groupe ont été réalisés au sein d'EAC et du CHRS de l'Écluse, retenus au titre des deux types de dispositifs proposés et deux entretiens individuels avec les intervenants sociaux du CHRS ADEFO Blanqui, ce qui a permis de compléter l'analyse en présentant les deux types de prise en charge. Les entretiens de groupe (d'une durée moyenne de 2h) et les entretiens individuels ont ainsi réuni 22 professionnels sociaux, socio-éducatifs et psychologues.

CHAPITRE 1 : PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE DE LA SOUFFRANCE PSYCHOSOCIALE. L'EXEMPLE DE L'ASSOCIATION EAC

I. Dispositif de prise en charge au sein de l'association EAC

Le premier des deux dispositifs étudiés est l'association Écoute, Aide et Conseil (EAC). Cette structure, implantée au cœur du quartier de la Fontaine d'Ouche à Dijon s'adresse à un large public : adolescents, adultes actifs confrontés à des phases de crise¹⁵. Le dispositif d'EAC repose sur des entretiens individuels, accessibles à tous et en visant une certaine mixité sociale du public accueilli.

La démarche volontaire, l'approche globale et la dimension humaine de l'accueil fondent les principes de prise en charge psychosociale. Cette approche globale de l'aide psychologique a pour spécificité la prise en compte des difficultés économiques et sociales des consultants.

A. Présentation de la structure EAC

Créée en 1994 par des psychologues cliniciens, l'association se compose de psychologues salariés et de travailleurs sociaux bénévoles. L'association est installée dans des appartements situés dans le quartier de la Fontaine d'Ouche à Dijon. Jusqu'en mai 2010, EAC disposait également d'antennes aux Grésilles, à Is-sur-Tille et Beaune.

La prise en charge psychosociale au sein d'EAC repose sur une équipe de 10 personnes en 2009 : 6 psychologues (dont 1 coordinatrice pédagogique), 1 secrétaire accueillante, 1 coordinatrice et deux bénévoles (4 heures par semaines).

En 2009, l'équipe d'EAC a reçu 419 personnes et 466 appels (dont 273 nouveaux appels) et réalisé plus de 2 800 entretiens. Les psychologues assurent les entretiens et permanence téléphonique dans les locaux de l'association, les interventions sur Beaune (1 journée par semaine), Is-sur-Tille (0,5 jour par semaine), et la permanence téléphonique de médiation psychologique sur le quartier des Grésilles. Les psychologues sont également sollicités pour assurer des interventions auprès des partenaires avec lesquels une convention a été signée.

B. Les pratiques de la prise en charge de la souffrance psychosociale

Cette structure est née du constat soulevé par les psychologues et travailleurs sociaux concernant les difficultés d'accès à l'aide psychologique pour les publics fragilisés et ne sachant pas vers quelles institutions se tourner. Pour y répondre, l'association EAC a développé plusieurs missions: la prise en charge psychologique propose une écoute thérapeutique mais aussi de l'information et de l'orientation aux consultants vers les structures et professionnels appropriés.

¹⁵ Par exemple, agriculteurs confrontés à l'abattage des cheptels

1. De l'orientation à l'écoute psychothérapeutique : accueillir des demandes multiples

Dans le champ de la souffrance psychique, l'activité d'EAC s'articule sur trois missions.

Selon les besoins et les situations des usagers, les psychologues peuvent :

1/ Transmettre l'adresse de professionnels, informer et orienter les usagers sur les services de prise en charge psychique adaptés et disponibles.

2/ Proposer des entretiens individuels qui varient de 2 à 5 séances, réparties sur quelques semaines ou mois pour la grande majorité des consultants, à des suivis psychothérapeutiques longs et réguliers (Plus d'un an) pour les autres.

3/ Pallier aux manques de disponibilités des services sociaux et de psychiatrie. Cette dernière mission s'est imposée *de facto* face une offre de soins des problèmes psychiques insuffisante.

► Une mission de passerelle

L'une des principales missions de l'association est d'informer et d'orienter les différents usagers concernant l'offre de soins psychiques disponible. Pour les professionnels, l'accueil et l'orientation à EAC s'apparentent à « *un service de facilitation* ». Les demandes d'information ou les besoins exprimés par les consultants peuvent être hésitants et incertains, difficiles à identifier, ou la demande malaisée à formuler. Les démarches des usagers peuvent être également limitées par les appréhensions liées à l'étiquette « psy ». Les professionnels ont conscience de ces difficultés, c'est pourquoi l'accueil et l'information téléphonique sont appréhendés comme un travail thérapeutique préalable afin de clarifier les demandes et « *dédramatiser* » la prise en charge psychologique.

Psychologue : « *C'est déjà un travail presque psychologique de faire que la personne soit porteuse de sa demande* ».

Psychologue : « *Donc, ces personnes peuvent venir avec une demande floue, absente, portée par des tiers, et, en fonction, on va essayer d'aménager notre dispositif pour pouvoir apporter une aide, ou pas, parce qu'il n'y a pas de problème. Mais on sort de l'idée : pas de demande claire = pas de problème. On accueille quand même.* »

Psychologue : « *Dans la mesure où on est dans une facilitation à l'accès à l'aide psychologique, certaines personnes ont conscience de difficultés, sont en demande d'aide psychologique et savent à peu près comment fonctionne le travail avec un psy et peuvent venir avec une demande de thérapie etc. Notre mission c'est de faciliter, d'orienter le plus possible vers le service ou un cabinet en fonction de ce qui est possible pour la personne et par défaut, si ça ne peut pas être fait ailleurs, proposer une aide psychologique ici. Mais c'est un service aussi de facilitation, c'est-à-dire que beaucoup de personnes ont des difficultés mais ont du mal à formuler une demande et souvent, sont retenues par des professionnels. Et certaines personnes viennent avec des difficultés globales, sûrement une souffrance psy mais ce n'est pas complètement formulé et il y a tout un temps de clarification de la demande.* »

L'orientation des usagers se double d'un véritable accompagnement de la démarche. Orienter les consultants demande un travail approfondi de personnalisation du besoin et de la demande d'aide. Les professionnels repèrent non seulement les besoins au regard des troubles psychiques et des difficultés sociales mais adaptent les réponses et l'offre de soins disponible selon la personnalité des usagers. A cet égard, EAC constitue un espace de transition psychothérapeutique.

Psychologue : « *Et l'orientation, ce n'est pas juste donner un nom. Chez certaines personnes, on donne un nom, elle ira, elle n'ira pas, on sent qu'elle a les capacités pour faire ces choix. Pour d'autres personnes on peut s'inquiéter et accompagner l'orientation. « Est-ce que vous y êtes allé ? C'est vraiment important pour vous... ».*

Psychologue : « *C'est parfois prendre le téléphone ici pour que la personne contacte avec notre présence (...) On s'adapte aux personnes. Parce que même si on dit qu'on a des références psychanalytiques si une personne veut faire une thérapie systémique on oriente, on facilite, on explique. On est ouvert sur tout ce qui existe à Dijon et on oriente au mieux en fonction de ce que l'on sait qui pourrait fonctionner ».*

Psychologue : « *Il faut que nous connaissions la particularité et qu'on évalue ce qui va le mieux correspondre. Plutôt un homme ou une femme, plutôt jovial ou rigoureux... Ce n'est pas simple l'orientation ».*

► *D'une mission d'écoute thérapeutique ponctuelle... à un suivi prolongé*

Concernant l'activité d'écoute thérapeutique en séance individuelle, la majorité des entretiens avec les psychologues se concentre de 2 à 4 séances. Ces entretiens ont pour vocation d'aiguiller les usagers vers les professionnels et les dispositifs adaptés à leurs besoins mais ils proposent également une aide psychothérapeutique. L'écoute au sein d'EAC se distingue ainsi nettement de celle pratiquée au sein des structures d'insertion socioprofessionnelle et de celles des professionnels libéraux.

Tout d'abord, à la différence d'autres dispositifs d'insertion socioprofessionnelle où l'écoute est, de manière générale, centrée sur les problèmes sociaux des personnes, les entretiens menés par l'équipe ont une visée thérapeutique, en prenant soin de personnalités en risque d'effondrement, même sur une courte durée.

Psychologue : « *Certaines personnes, en quelques rendez-vous, ont compris ce que ça pouvait être qu'une aide psy. Ce faisant, on a dédramatisé un état de crise et ça peut permettre à la personne de revenir plus tard ou bien d'aller voir ailleurs. Parce que même quand on fait ce type de travail, ce n'est pas juste un travail d'aiguillage. On traite quand même quelque chose autour d'un contexte de crise et l'entretien à quand même une valeur thérapeutique. »*

Psychologue : « *Il y a aussi des modèles d'aides toutes faites du côté des travailleurs sociaux qui orientent : il faut que la demande vienne d'eux,, il faut qu'il y ait une thérapie une fois par semaine. Alors que nous on pratique aussi de façon ponctuelle. Si vous avez envie de revenir faire le point, vous pouvez revenir pour des entretiens ponctuels. Ce n'est pas du tout dans le schéma classique de la représentation que l'on a de l'aide psychologique où il faut forcément être une à deux fois par semaine en thérapie pour qu'il y ait une aide. On a des personnes, ici, que l'on voit trois ou quatre fois dans l'année, qui viennent ponctuellement. C'est quelque chose d'assez spécifique »*

Par ailleurs, l'association propose des prestations très différentes de celles pratiquées par les psychologues en secteur libéral. Au sein d'EAC, les séances peuvent être ponctuelles et espacées dans le temps afin d'adapter le soutien psychologique aux difficultés et ruptures sociales rencontrées par les consultants.

Plus rarement, les entretiens individuels peuvent se prolonger au-delà de 20 séances (près de 2% des entretiens réalisés)¹⁶. Les consultants sont dès lors inscrits dans un suivi psychothérapeutique régulier et long, souvent sur plusieurs années. Ces situations restent néanmoins très minoritaires, et ne représentent que 7% de l'activité des psychologues¹⁶. Les professionnels d'EAC considèrent qu'il

¹⁶ Rapport d'activité EAC, 2009

ne s'agit pas de se substituer au secteur libéral. L'association intervient dans une logique de complémentarité et non de concurrence avec les professionnels libéraux ou les structures publiques.

► *Une mission improvisée d'espace interstitiel*

La souffrance psychique des personnes en difficultés sociales et familiales n'a pas toujours de correspondance dans les classifications psychiatriques¹⁷. Les problématiques relèvent davantage de conflits familiaux, de tensions professionnelles, de ségrégations que de pathologies à proprement parlé. Ces publics « désorientés » ne trouvent pas de réponse auprès des acteurs spécialisés et sont fréquemment renvoyés d'un service à un autre. Du côté des services de psychiatrie et des centres médico-psychologiques (CMP), les professionnels sont également confrontés à des capacités d'accueil limitées et un allongement des délais de prise en charge. Face à cela, la prise en charge psychosociale au sein d'EAC représente une alternative aux réponses institutionnelles « classiques ». Au regard de ces « espaces vides » laissés par les institutions du travail social ou du secteur psychiatrique, l'association intervient, *de facto*, comme un « espace interstitiel »¹⁸ désignant « les initiatives associatives qui prennent en charge les besoins sociaux et psychiques que n'arrivent pas à gérer les institutions ordinaires ». Les professionnels interrogés estiment néanmoins que cette fonction ne ressort pas de leurs missions psychothérapeutiques.

Psychologue : « Après, moi je pense qu'il y a une difficulté particulière avec les CMP pour un type de public. Si on oriente chez eux un schizophrène, une dépression franche massive, il n'y a pas de problème. Mais les personnes qui ont des troubles notamment névrotiques ou bien de personnalité et qui cumulent avec ça des difficultés sociales, c'est vrai que c'est des mauvais patients pour les CMP. Ils viennent une fois sur quatre, c'est des personnes qui n'ont pas une demande franche. Même s'ils souffrent, ils n'ont pas vraiment une pathologie franche. Le CMP, quand il y a une problématique psychiatrique pure, généralement ils accueillent et ils reçoivent très rapidement. »

Psychologue : « Il y a énormément de personnes que nous, on aimerait orienter sur un CMP parce que ça répond aux missions du CMP. On a l'impression, des fois, d'être une annexe des CMP. On nous en envoie beaucoup. Sur Dijon, il y a quand même beaucoup de services qui sont saturés. Il y a beaucoup de manque de disponibilité au niveau psy. Si EAC ferme, les CMP ça va être une catastrophe. On absorbe quand même beaucoup. Par exemple, après une sortie d'hospitalisation suite à une tentative de suicide on garde la personne un jour et on l'oriente sur nous après avec un entretien peut-être un mois après. Il y a très peu d'offre de soin psy sur Dijon, donc on a un peu l'impression d'être un relais. Et ce n'est pas tout à fait là-dedans qu'on aimerait se positionner ».

2. Les spécificités de la prise en charge psychosociale

Au-delà des caractéristiques sociales, professionnelles et psychiques du public accueilli, la place faite aux consultants au sein de ce dispositif guide la prise en charge psychosociale.

¹⁷ JOUBERT Michel, « Santé mentale : enquête sur l'accueil d'urgence », *La santé de l'homme*, n°388, mars avril 2007

¹⁸ JOUBERT Michel, DEMAILLY Lise, BRESSON Maryse et l'équipe IFRESI, *Les modes de coordination entre professionnels dans le champ de la prise en charge des troubles psychiques*. Convention IFRESI/DREES MIRE/INSERM, CCOMS France, 2005 245 pp

► *Un public diversifié mais en situation de fragilité sociale*

EAC reçoit un public diversifié dont l'âge varie de 15 à 60 ans, et plutôt féminin.. Le public rassemble des personnes aux origines sociales et professionnelles diverses. Un tiers des personnes accueilli est constitué d'allocataires de minima sociaux (RMI, API, ASS, AAH, Assedic etc....) mais ils mobilisent un grand nombre de rendez-vous¹⁶

Concernant les situations professionnelles : un consultant sur sept occupe un emploi (à temps plein ou partiel). Les professionnels mentionnent également une proportion croissante de « *travailleurs pauvres* » alternant des périodes d'emplois précaires et de chômage, mais aussi des professions intermédiaires fragilisées, autrefois épargnées par la précarité économique et professionnelle.

► *La gestion de la crise*

Une des particularités d'EAC est d'intervenir en urgence auprès de consultants en « *situation de crise* ». Les professionnels interrogés définissent la crise comme « *un contexte* » et un « *conflit intérieur* » qu'il convient de mettre à jour et d'apaiser.

Psychologue : « *Souvent, quand il y a une demande d'aide ou même une orientation par un tiers, il y a bien souvent un contexte de crise. Crise bruyante avec divorce, événement dramatique voire traumatique. Une crise davantage intérieure. Pas dans un contexte très bruyant mais où il y a quelque chose à l'intérieur qui fait conflit. Le travail des psychologues cliniciens est essentiellement autour de la notion de crise. Crise avec l'environnement, crise psychique, crise familiale, crise conjugale, crise avec soi-même, crise liée à l'âge. C'est quelque chose de banal. Toutes les personnes que l'on rencontre sont dans une forme de crise. C'est le cœur du métier de psychologue clinicien. Ce n'est pas forcément une crise bruyante. Ça peut être une prise de conscience. (...) Psychiquement, à un moment donné, ce qui s'était mis en place ne suffit plus, il n'y a plus leur équilibre. »*

Psychologue : « *C'est un déséquilibre. »*

Si, globalement, la gestion de l'urgence psychique caractérise l'état émotionnel des consultants, elle définit le sens du travail clinique des professionnels d'EAC auprès de toute personne, indépendamment de son statut socioprofessionnel.

► *Le consultant-acteur au cœur de la prise en charge*

• *L'aide psychosociale « au service » du consultant*

A la différence de nombreux dispositifs d'aide à l'insertion socioprofessionnelle, l'écoute proposée par EAC ne suppose pas de contrepartie ou d'engagement contractuel du consultant. Les professionnels insistent, *a contrario*, sur l'autonomie de la personne, qui n'est pas synonyme d'injonction à la responsabilité individuelle. Il s'agit au contraire de proposer un support psychologique et humain sur lequel les consultants peuvent s'appuyer pour s'adapter à leurs environnements et construire leurs vies selon leurs aspirations.

Psychologue : « *C'est aussi leur permettre d'être acteur de leur demande. Parce que très souvent les gens se sentent un peu à la merci par méconnaissance, mais aussi parce qu'ils sont dans une position de « je n'y arrive pas tout seul ». C'est compliqué de demander de l'aide à quelqu'un qui est supposé être en capacité de... Que ça soit pour nous-mêmes mais pour les médecins psychiatres ailleurs. Je dis toujours « nous » sommes à votre service. « Vous êtes acteur, c'est vous qui décidez et savez mieux que les professionnels quel effet ça produit sur vous, si ça vous est utile ou pas. « Si vous allez voir un psy et que ça ne vous convient pas, n'hésitez pas à aller en voir un autre. » C'est déjà un travail presque psychologique de faire que la personne soit porteuse de sa demande ».*

Psychologue : « Il y a souvent cette idée qu'ils se disent « Avec tout ce qu'il m'arrive, j'ai peut-être une part de responsabilité là-dedans mais je ne sais pas où elle se situe donc je viens vous voir ». C'est peut-être aussi « Qu'est-ce que je peux y faire moi ? ».

Psychologue : « Plutôt que tout le temps chercher à droite, à gauche. C'est dans quelle mesure vous, avec vos ressources psychologiques, vous pouvez peut-être être acteur de ce qu'il vous arrive. Pour un mieux être, et pas que sur le plan psychologique. »

- **Le sens du travail clinique : une approche sociale de la prise en charge psychologique**

Selon les professionnels, prendre en charge un public varié et parfois confronté à des situations de précarité sociale requiert une « *sensibilité sociale* » et des qualités d'adaptation essentielles. Ce souci se reflète tout d'abord dans les critères de recrutement des psychologues. Au-delà des compétences cliniques indispensables, une disposition sociale est une plus-value pour intégrer l'équipe. Parallèlement à EAC, l'ensemble des psychologues exercent dans des institutions sociales ou médico-sociales (conseils généraux, maison des adolescents ou sont spécialisés dans la prise en charge des addictions). Les professionnels rappellent néanmoins que cette « *sensibilité sociale* » ne doit pas pour autant assigner l'association à la prise en charge exclusive des personnes défavorisées.

Psychologue « *Quand on a recruté nos collègues, il y avait des candidats qui avaient de très bonnes compétences cliniques, c'était certain, mais sans aucune fibre sociale, donc on savait que ça ne collerait pas. Or ici, on a tous une sensibilité sociale, sinon, d'ailleurs, on ne travaillerait pas là* »

L'approche sociale de la prise en charge clinique s'inscrit également dans la composition de l'équipe et du conseil d'administration. Si l'équipe salariée est principalement composée de psychologues cliniciens, les deux bénévoles sont des travailleurs sociaux et ont en charge les permanences téléphoniques. Les professionnels d'EAC rappellent que la création de l'association est partie du constat et des demandes des travailleurs sociaux face à une population cumulant difficultés sociales et mal-être. Ces derniers ont été dès l'origine, parties prenantes du projet d'EAC. Cette composition mixte (tant par le statut que par les qualifications des professionnels mobilisés) rappelle ainsi l'importance d'allier les compétences cliniques à une approche sociale.

Le Conseil d'administration compte également parmi ses membres des psychologues, des travailleurs sociaux, des infirmiers. La présidente de l'association est une assistante sociale.

Psychologue : « *Le constat des travailleurs sociaux c'est que c'était un type de population qu'ils recevaient pour d'autres difficultés (financières, sociales, familiales, etc.)* ».

Psychologue : « *Le fait qu'au départ il y ait une équipe de travailleurs sociaux principalement.* »

Psychologue : « *C'est principalement issu des constats, des demandes, des travailleurs sociaux.* »

Psychologue : « *Et parmi les membres du CA on va retrouver des pys, des travailleurs sociaux, un petit peu du secteur médical. Aujourd'hui, du médical, on n'en a plus. Il y a des membres de droit aussi, par exemple le centre de soins infirmiers. On est toujours dans cette connotation fortement sociale.* »

Parallèlement à leurs activités cliniques d'orientation et de suivi, les intervenants se donnent pour mission de contribuer à une réflexion « éthique » sur les personnes en difficulté, sur le sens et les modalités de la prise en charge psychosociale. Au carrefour de l'intervention sociale, de la pratique clinique et de l'action publique de santé, EAC est un interlocuteur privilégié entre les différents partenaires sociaux, les professionnels de santé et les usagers. A travers les rencontres et les

échanges avec les nombreux partenaires (sociaux, médicaux, socioprofessionnels), les psychologues d'EAC participent au questionnement plus global de la place du patient ou du consultant dans les dispositifs d'aide. Cette approche sociale et « citoyenne » constitue tout autant que les compétences cliniques l'identité professionnelle des intervenants d'EAC.

Psychologue : « *C'est aussi, pour ma part, qu'on ne se sent pas juste comme pratique professionnelle mais aussi comme participant et acteur de réflexion, de mise en place au niveau de la cité au sens premier du terme.* »

C. Les modes d'organisation et de fonctionnement de la prise en charge psychosociale

1. L'organisation de la prise en charge : Priorité à l'accessibilité

« *Faciliter l'accès à l'aide psychologique* »¹⁹ constitue l'un des principes fondateurs d'EAC. Afin d'assurer l'accessibilité optimale des services de l'association aux différents bénéficiaires concernés, le dispositif d'EAC repose sur quatre outils :

- Les locaux
- Le déplacement à domicile, en milieu rural et dans des localités confrontées à une offre psychosociale limitée
- L'accueil, les permanences téléphoniques, les horaires et jours ouvrables
- La contribution financière adaptée (coût de la prise en charge pour le bénéficiaire)

► *Les locaux*

Dès l'origine, l'implantation des locaux de l'association dans un quartier qualifié de « populaire » a eu pour objectif de faciliter l'accès de toutes les catégories sociales à l'accompagnement psychologique. Auparavant installée dans un centre de soins infirmiers, l'association s'est ensuite établie dans des appartements prêtés par la ville de Dijon.

Le choix de cet emplacement répond d'abord à une volonté de lever les barrières sociales entre les usagers et les institutions chargées de les accueillir. Les professionnels insistent fortement sur la proximité avec les consultants. Ils sont, à ce titre, particulièrement soucieux d'accueillir les publics dans un bâtiment et un quartier qui ne soit pas socialement éloigné de leurs origines et environnement sociaux. Une autre caractéristique des appartements d'EAC est de se distinguer des locaux hospitaliers afin de dissocier la prise en charge psychologique d'une approche médicale.

Psychologue : « *Une des personnes racontait : « Mais quand un jour j'ai consulté une psy en libéral, j'étais devant un bâtiment haussmannien, mais ce n'est pas mon univers, c'est tellement éloigné de moi ».*

Psychologue : « *Le lieu-même est un appartement et pas un institut ou une institution, comme le CMP ou l'hôpital. On se rend ici mais personne ne le sait. Je suis persuadée qu'il y a même des voisins qui ne savent même pas qu'on est psychologues.* »

Par ailleurs, pour les professionnels d'EAC, les lieux ne doivent pas renvoyer à une assignation sociale trop marquée, au risque de stigmatiser la prise en charge psychosociale à une « *clinique du pauvre* ». Il s'agit de distinguer l'aide psychologique proposée d'une logique d'assistance

¹⁹ Rapport d'activité d'EAC, 2009

d'une part et de ne pas catégoriser la prise en charge à un public en situation de grande précarité d'autre part.

Psychologue : « *On souhaitait que ça ne soit pas trop repérable et surtout stigmatisant pour les gens qui sont déjà pris en charge et qui sont déjà dans une identité un peu d'assistanat, de demande d'aide. Pour que ce ne soit pas dans la lignée du « je ne suis pas comme les autres et on vient m'aider ». Ce n'est pas une annexe du service social. Le paiement symbolique sert à ça aussi ».*

Psychologue : « *Ça reste discret »*

La disposition des lieux d'EAC est d'ailleurs appréciée par les usagers interrogés, soulignant leur convivialité et leur discrétion.

► **Les déplacements à domicile, en milieu rural et dans des localités éloignées des soins**

Afin de faciliter l'accès à la prise en charge psychosociale, l'association a mis en place une aide psychologique mobile au domicile des usagers et dans des zones désaffectées par l'offre psychosociale. Contrairement à la prise en charge psychothérapeutique libérale, les psychologues d'EAC sont susceptibles d'aller à la rencontre des consultants, soit en se déplaçant à leur domicile ou un lieu qui leur est familier, soit en intervenant dans des permanences localisées à Is-sur-Tille et Beaune. Les déplacements à domicile représentent néanmoins une part restreinte de l'activité d'EAC. La majorité des entretiens individuels se déroule dans les locaux de l'association à Fontaine d'Ouche et les permanences des Grésilles à Dijon, d'Is-sur-Tille jusqu'à Beaune.

Si les permanences font partis des missions régulières de l'association, les déplacements ne sont pas systématiques et sont proposés, la plupart du temps, pour le premier entretien. Les critères d'intervention à domicile sont déterminés, a priori, en fonction des difficultés de mobilité d'un consultant (accès géographique, absence de moyens de transport, handicap) mais également de ses ressources psychiques, personnelles pour se mobiliser à un moment donné. Ces critères sont toutefois variables selon les situations personnelles d'une part et doivent composer avec les difficultés économiques rencontrées par l'association d'autre part. Faute de moyens financiers suffisants, l'association a été obligée de limiter considérablement les déplacements et les permanences.

Psychologue : « *Le déplacement ne peut être envisagé qu'une seule fois. Pour la première rencontre. Après, c'est nous qui décidons de ça. Mais on peut considérer que ce sera plus simple et plus facilitant pour l'utilisateur si c'est sur le lieu qu'il connaît. Dans un lieu beaucoup plus neutre. »*

Psychologue : « *Mais on a aussi des personnes qui ont un handicap et qui viennent. J'ai reçu des personnes malvoyantes, en fauteuil roulant. Ce n'est pas seulement le handicap qui va nous faire déplacer. Ce n'est pas parce que ça les arrange, c'est parce qu'ils ne pourraient pas faire autrement. »*

Psychologue : « *Ce n'est pas figé et définitif. On se déplace un peu et après on fait en sorte que la personne prenne davantage confiance et qu'elle vienne au local. »*

► **L'accueil : les permanences téléphoniques et les horaires/jours ouvrables**

Faciliter l'accès à l'aide psychologique suppose pour les professionnels d'EAC de tenir compte des rythmes et conditions de vie des consultants d'une part et de la nécessité de faire du lien d'autre part. Pour cela, les permanences téléphoniques permettent aux consultants d'être en relation directe avec une personne de l'association. Ce premier contact téléphonique permet de présenter la démarche psychologique, d'orienter le bénéficiaire vers la prise en charge ou la structure la plus appropriée à ses besoins et de surmonter les premières appréhensions.

Les permanences sont tenues par des bénévoles et les psychologues. Les bénévoles occupent leurs permanences les lundis de 10h00 à 12h00 et de 17h00 à 19h00 et présentent aux

consultants les modalités d'orientation vers un des psychologues d'EAC. Les psychologues vont ensuite aborder en entretien avec les usagers la possibilité d'une orientation ou d'un suivi. Du fait des délais d'attente de plus en plus longs pour le premier rendez-vous, les permanents recontactent les usagers en « attente » pour maintenir le lien et leur rappeler la date et l'horaire de la séance prévue. Cet accompagnement organisationnel permet de limiter les risques de renoncement et la démobilisation des usagers, qui peuvent s'accroître face à l'allongement des délais d'obtention d'un premier rendez-vous.

Psychologue : « *Le premier contact se fait déjà au préalable par téléphone avec moi et de temps en temps les bénévoles qui font également des permanences. Donc on est trois et le premier accueil se passe par téléphone.* »

ORS : *Et comment définiriez-vous ce qu'est accueillir ?*

Secrétaire : « *Accueillir c'est écouter. Pour certaines personnes, c'est un petit peu difficile, donc c'est essayer d'aiguiller avec des questions. On demande un minimum de renseignements pour ne pas avoir à recontacter la personne. Ici, on ne travaille pas dans l'urgence donc il n'y a pas de rendez-vous donné le jour où la personne téléphone. On reprend contact après. Ça arrive, mais il faut vraiment qu'il y ait beaucoup de disponibilités pour ça. On prend les coordonnées, on remplit un système de fiches avec un minimum d'informations, ce qui permet d'établir un dialogue avec la personne et après, la personne est complètement libre d'aller au-delà ou pas.* »

Psychologue : « *Ce n'est pas du secrétariat classique. Ce n'est pas non plus de l'écoute au sens de « permanence d'écoute » mais c'est un intermédiaire. Les personnes qui répondent au téléphone font déjà du lien et accueillent mais en tant qu'association. On rassure les gens, on les recontacte pour les tenir au courant...* »

Les entretiens au sein des locaux d'EAC se réalisent du lundi au samedi, de 8h00 à 20h00 selon les rendez-vous programmés. Cette flexibilité permet ainsi d'accueillir des personnes ayant une activité professionnelle, salariée ou commerçante, dont les horaires de travail sont souvent incompatibles avec les horaires des structures ou des cabinets libéraux. Cette souplesse convient également aux femmes qui prennent en charge la garde des enfants et ne pouvant pas se libérer avant la fin de la journée. Enfin, ces plages horaires constituent un levier pour des consultants difficiles à mobiliser, qui ont oublié leurs rendez-vous ou sont contraints de différer leur séance. Confrontés à une précarité permanente, certaines personnes ne peuvent envisager leur vie qu'au jour le jour, et sont dans l'impossibilité d'anticiper les événements à moyen ou long terme. Aussi, avoir la possibilité de déplacer aisément les rendez-vous facilite la continuité de la prise en charge.

► *La contribution financière*

Entre la gratuité (ou le remboursement) de la prise en charge au sein des structures hospitalières et la consultation payante, généralement non remboursée, dans le secteur libéral, EAC propose un système original de contribution. Le montant des séances est négocié entre le psychologue et le consultant et peut varier de 20 centimes à 20 euros. En moyenne, la contribution financière s'élève à 3,88 euros²⁰ et répond à un double objectif :

Réduire les inégalités sociales et économiques d'accès à la prise en charge psychologique : si le montant est fixé en fonction des possibilités financières des consultants, aucun justificatif de revenus ou de salaires n'est demandé; l'estimation du coût est ainsi laissée à l'appréciation du consultant, selon le montant de ses ressources mais aussi selon ce qu'il perçoit comme coûteux.

Psychologue : « *La question, c'est « comment évaluer ce que je vais donner. Est-ce que vous avez besoin de mes déclarations d'impôts ? ».*

Psychologue : « *Il y en a qui demandent le quotient familial, nous on ne le demande pas* »

²⁰ Rapport d'activité EAC, 2009

Psychologue : « Les personnes connaissent mieux que quiconque leur réalité financière et la réalité financière, ce n'est pas une question de revenu. On peut avoir un revenu au smic et pour autant une réalité financière très précaire parce que peu d'aide. »

Faire du consultant un acteur de sa prise en charge psychologique : la contribution financière renvoie à un enjeu clinique. Les professionnels rappellent l'importance pour le consultant de ne pas s'inscrire dans une position d'assistantat ou de « dette ». La contribution participe à la réhabilitation de l'usager comme sujet et acteur de sa prise en charge et fait partie intégrante du processus thérapeutique.

Psychologue : « C'est aussi symbolique dans le sens du lien. Ils ne se sentent plus en dette. »

Psychologue : « On n'est pas dans l'assistantat. Les personnes ont le droit de payer. Dans d'autres formes d'aide, les gens aimeraient payer mais ne peuvent pas. »

Psychologue : « C'est ce qui se dégage pour un grand nombre de gens qui ont été orientés par les travailleurs sociaux. La difficulté c'est « je suis obligé de demander de l'aide comme si je n'en étais pas capable ». Moi je leur dis « quel que soit l'argent que vous donnez, c'est vous qui en décidez. Je suis à votre disposition pour l'heure que vous payez, quel que soit le montant. De toute façon je suis salariée, je suis là pour vous ».

Psychologue : « Parce qu'on paye toujours pour les autres et on n'a jamais rien pour soi. Pour les travailleurs sociaux, l'idée qu'ils vont orienter un public qui va devoir payer, ça repositionne la question de l'aide sociale, du travail. On tient compte de la réalité. Mais aussi de la valeur qu'ils nous accordent. Non pas au psy mais aussi, à un moment donné, et ça se travaille, de la valeur qu'ils accordent pour eux-mêmes à ce temps qu'ils se payent. C'est là qu'il y a un travail. On touche au travers de ce paiement à « que suis-je en train de faire pour moi-même à ce moment-là. Quel investissement j'y mets, et pas seulement financier. C'est là que c'est intéressant et ça évolue au fil des entretiens. »

Psychologue : « Moi j'ai déjà eu des personnes qui me disaient « oh ben aujourd'hui je vais vous payer moins ». Non pas qu'elle n'a pas été satisfaite de moi mais d'elle-même. C'est pour ça qu'on dit que c'est un outil. Dans la réalité, ça peut être un repère. Moi, j'ai une patiente qui a commencé par payer 2€ et qui aujourd'hui en paye 10. Et qui me disait « de toute façon ça ne va rien changer ». Et quand je lui demande si au niveau de la somme rien n'a changé elle me dit « ah oui ». Donc c'est bien que, quelque part, quelque chose a changé. Donc ça peut être un repère de la réalité. »

2. Un mode de fonctionnement adapté au travail clinique des professionnels

► Un fonctionnement organisationnel adapté à l'autonomie des psychologues

L'association EAC fonctionne sur un mode libéral tout en proposant un accès à la prise en charge comparable à celle des services publics. Au fonctionnement des psychologues libéraux, les professionnels de l'association ont emprunté un mode d'organisation autonome où la part des tâches administratives reste limitée et l'organisation de l'emploi du temps et de la prise en charge des consultants relèvent de la responsabilité de chaque praticien.

Psychologue : « On a aussi allégé tout ce qui peut être du fonctionnement institutionnel. On n'a pas de dossier, pas de tenue de dossier. On a des statistiques à donner mais on n'a pas de réunions de synthèse, on n'a pas ce travail d'équipe à ce

niveau-là. On n'a quasiment pas de temps institutionnel, quasiment tout notre temps est pour les usagers. »

L'ensemble de l'activité des professionnels est ainsi consacré à l'activité clinique et au travail de partenariat. Les psychologues disposent également d'un temps organisationnel déterminé. Des temps d'échanges d'informations entre les membres de l'association sont institués et ont lieu une fois par mois. Cette répartition entre activité clinique et organisationnelle est particulièrement appréciée par l'équipe.

ORS : *mais alors comment ça se passe pour les tâches administratives ?*

Psychologue : *« Trois heures par mois de réunions plus quelques heures d'administratif mais c'est le strict minimum. »*

Psychologue : *« En général, on les fait quand les personnes ne viennent pas. »*

Psychologue : *« Entre nous, on a presque un fonctionnement de libéral. On est très autonomes. »*

Cette autonomie de fonctionnement de la structure répond à l'adaptation professionnelle nécessaire des psychologues exerçant à EAC. Pour les psychologues, la prise en charge des consultants doit constamment s'ajuster aux réactions et difficultés des usagers. Du coup, le travail d'accompagnement psychologique peut-être aussi bien régulier que ponctuel. Certains rendez-vous ne sont pas honorés par les consultants, ce qui demande une certaine souplesse dans la gestion de la prise en charge et l'approche des consultants « *non compliant* ». Ce mode de fonctionnement flexible permet, à l'heure actuelle, d'accueillir un public diversifié et de maintenir l'approche généraliste de la pratique clinique des professionnels d'EAC.

Psychologue : *« Donc EAC, ce qui me motive, c'est que ça me permet de rencontrer vraiment tout type de personne. Alors après, il faut être à l'aise avec ça. Parce qu'on est amené à être généraliste. A EAC on accueille dans une journée un enfant, une - personne âgée, quelqu'un qui est en précarité. »*

Psychologue : *« C'est une grande richesse. »*

Psychologue : *« De ne pas être emprisonné dans quelque chose, ne pas avoir des obligations, des contraintes. »*

Psychologue : *« C'est la souplesse du cadre. »*

► **Un temps de formation continu**

Les membres de l'équipe, salariés comme bénévoles, bénéficient d'une supervision et de formation continue afin de proposer des orientations et une écoute appropriée aux différents publics d'une part et d'identifier clairement les rôles entre chaque professionnel d'autre part.

3. Une structure confrontée à des problèmes de pérennisation

La précarité n'est pas seulement le fait d'une partie des bénéficiaires, elle est aussi celles des professionnels qui interviennent auprès d'eux. Cet important dispositif associatif fonctionne sur des fonds publics renouvelables tous les ans. Le fonctionnement d'EAC repose sur l'allocation de subventions provenant de différents organismes publics : Etat, Conseil général, Ville de Dijon, missions locales. Selon le rapport d'activité de l'association, les subventions de certaines institutions ont été réduites, d'autres se sont révélées insuffisantes pour couvrir l'ensemble de ses missions. Ces financements étant renégociés chaque année, les responsables de la structure sont continuellement en quête de solutions que celles-ci consistent en des ressources complémentaires ou une mutualisation des moyens. Ce mode de financement où la recherche de subventions est permanente

pèse lourdement sur la pérennisation de la structure. L'existence des différents outils favorisant l'accès des populations éloignées des soins psychologiques est de plus en plus fragilisée.

ORS : *Pour chacun d'entre vous, quelles sont les principales difficultés que vous pouvez rencontrer aujourd'hui dans votre mission ?*

Psychologue : « *L'argent !* »

Psychologue : « *Le manque de moyen...* »

Psychologue : « *La précarité !* »

Les difficultés financières rencontrées par l'association EAC présentent ainsi une double contrainte :

Une contrainte pour les professionnels

Une contrainte pour les usagers et l'offre psychosociale sur le territoire

► **Une précarisation de la structure préjudiciable aux professionnels**

Selon le rapport d'activité d'EAC¹⁶, le bilan financier de l'association présentait un déficit de 30 000 euros en 2009. Ce bilan problématique provient d'une double difficulté :

- Une augmentation des dépenses liées principalement à une augmentation des cotisations (formation professionnelle continue, taxe sur les salaires) d'un côté et de l'autre, une augmentation non prévue des dépenses en lien avec la convention passée avec l'ASSOR (association régionale des missions locales de Bourgogne) pour la mise à disposition de psychologues au sein des missions locales de la région. Au total, les dépenses ont augmenté de près de 10 % entre 2008 et 2009 variant de 206 814 € en 2008 à 227 476 € en 2009.

- Une diminution des recettes, passant de 200 470 € en 2008 à 192 026 € en 2009, soit une baisse de 4 %.

En 2010, en raison de ces contraintes budgétaires, les missions d'EAC se sont considérablement réduites. Les professionnels sont confrontés au paradoxe suivant : face à une demande croissante des bénéficiaires et des intervenants sociaux, la structure est contrainte de limiter la prise en charge des personnes. Le déplacement à domicile ou les antennes implantées dans des localités sous dotées en offre psychologique (Is-sur-Tille, Beaune) sont fortement dépendantes des subventions allouées. En cours d'année, l'association a du finalement suspendre les déplacements à domicile et fermer ses trois permanences d'Is sur Tille, de Beaune et des Grésilles à Dijon, faute de ressources financières suffisantes.

Psychologue : « *Chaque année ça augmente de 10%. On validait les 10% de plus qu'on faisait pour répondre à la demande et depuis quelque temps, au contraire, il faut diminuer.* »

Psychologue : « *On a aussi notre réalité d'association avec un fonctionnement précaire. Prendre une heure pour aller à Fontaine Française, ça nous coûte énormément cher malheureusement.* »

Psychologue : « *Si on n'avait pas ce problème de financement, on pourrait faire plus de domicile.* »

Psychologue : « *Il y a une réelle demande.* »

Psychologue : « *Même si on a créé des antennes à Is-sur-Tille par exemple, aux Grésilles, à Beaune.* »

Psychologue : « *Ce qui a été décidé par le CA c'est que sur Is-sur-Tille, sur Beaune et sur Grésilles, par manque d'argent, ça s'arrête fin juin. Les Grésilles c'est sûr. Beaune et Is, ça va dépendre de la suite d'EAC.* »

Cette tension n'est pas seulement d'ordre organisationnel, elle contrarie, dans une certaine mesure, l'identité des professionnels de la structure. Les professionnels définissent leurs interventions

à partir du principe « *d'être au service de la personne* ». Faciliter et élargir l'accès de l'offre psychologique au plus grand nombre représente une affirmation forte pour les psychologues rencontrés. Un des objectifs d'EAC étant d'inscrire l'offre psychosociale « *au cœur de la Cité* ».

► ***Une précarisation de la structure préjudiciable aux usagers et à l'offre psychosociale sur le territoire***

La pérennisation problématique d'EAC a des répercussions sur les consultants. Face à une demande de plus en plus importante et des moyens de plus en plus restreints, les délais pour obtenir un premier rendez-vous s'allongent considérablement. Alors que le délai moyen variait entre 1 et 2 semaines, les professionnels sont désormais obligés de fixer les premiers entretiens avec un délai d'attente de 1 à 2 mois.

L'allongement des délais et la réduction du temps disponible ont pour effet de limiter l'accès à la prise en charge psychosociale à certaines catégories de publics : les personnes dans l'impossibilité de déplacer et les salariés ou travailleurs précarisés. Concernant ces derniers, EAC proposait des heures et jours ouvrables suffisamment larges. Pour cela, les intervenants d'EAC consultent le samedi et en soirée jusqu'à 20 heures, permettant à certains actifs (notamment des salariés avec des horaires atypiques de travail,) d'accéder à une prise en charge psychologique. Or, les psychologues sont désormais contraints de réduire leurs plages horaires faute de moyens suffisants.

Psychologue : « Quand ça fonctionnait bien, on pouvait s'ajuster au niveau des horaires. On peut travailler le samedi matin, le soir, entre midi et deux. Mais là on a plutôt été dans une perspective de diminution des heures. »

De la même manière, concernant les consultants vivant dans des zones géographiques désertées par l'offre de soins psychologiques ou ne disposant pas de la mobilité et ressources suffisantes, la limitation des déplacements à domicile interrompt définitivement toute prise en charge. L'absence de relais majeure d'autant plus les difficultés liées à la fragilisation de l'association.

ORS : Comment vous faites avec ces personnes ? Vous les réorientez ?

Psychologue : « Il n'y a rien ».

Psychologue : « Quand on peut, oui. Mais Fontaine Française, Arnay-le-Duc... »

Psychologue : « Cette dame ne peut pas se déplacer, elle n'a pas de moyens, donc c'est les assistantes sociales qui viennent déjà à son domicile, c'est le médecin qui vient à domicile, concrètement, il n'y aura rien pour elle. »

Face à ces difficultés, l'objectif des professionnels d'EAC n'est pas tant de promouvoir leurs activités auprès des partenaires - ils sont bien identifiés - ou de développer de nouvelles activités que de pérenniser les activités existantes.

Psychologue : Après on n'est pas à la recherche d'actions particulières et si on pouvait déjà juste continuer à faire ce que l'on sait faire, c'est-à-dire accueillir les gens, on a déjà énormément de travail puisqu'il y a énormément de demande. Si ça ne suffisait pas on pourrait avoir envie de s'ouvrir mais là on est quand même sur ce créneau-là de l'aide individuelle et il y a énormément de demande.

La réduction des moyens et de la zone d'intervention d'EAC ne signifie pas pour autant une réduction du volume des consultations. Face à cette situation, les psychologues sont obligés de recentrer leurs prises en charge psychologiques sur la ville de Dijon d'une part et d'exclure *de facto* certains publics d'autre part. Ce contexte de précarité financière prive, du coup, les personnes les plus éloignées de l'offre psychosociale d'une prise en charge souple et adaptée aux conditions de vie précaires des usagers. Enfin, les modifications contraintes du mode de fonctionnement d'EAC ne sont pas sans impact sur les inégalités territoriales.

D. L'orientation des consultants et le travail de partenariats

La prise en charge de la souffrance psychosociale au sein d'EAC se caractérise par de nombreux partenariats formels et informels engagés avec les intervenants sociaux, les professionnels de santé et de santé mentale. Le volume et la multiplication des partenariats avec EAC reflètent l'évolution croissante de la demande de soutien psychologique dans le champ de l'intervention sociale d'une part et la diversification des publics concernés et de leurs situations socio-économiques d'autre part.

1. Avec les professionnels sociaux et psychologues

De manière générale, les psychologues d'EAC estiment leurs relations satisfaisantes avec les travailleurs sociaux. De par son insertion sociale et géographique dans un quartier socialement marqué et l'éventail des publics accueillis, l'association EAC a développé de nombreux partenariats. L'orientation des consultants par et vers les structures à vocation sociale ou psychosociale est facilitée premièrement par des conventions signées entre EAC et des associations partenaires et deuxièmement par l'instauration d'échanges réguliers et stables mais non formalisés.

► *Des partenariats formels et informels*

La diversité des partenariats confirme l'orientation généraliste de la prise en charge psychologique au sein d'EAC. Si EAC adapte son approche et son mode de fonctionnement aux conditions de vies précaires des consultants, elle répond dans le cadre de partenariats conventionnés aux besoins d'un public diversifié socialement et professionnellement.

• **Des partenariats conventionnés**

L'orientation ou la prise en charge des usagers peut faire l'objet d'une convention signée entre EAC et des organismes publics, des groupements ou des associations. Les psychologues d'EAC interviennent auprès des particuliers mais proposent également leur appui aux professionnels. A ce titre, les psychologues se déplacent et interviennent au sein des structures en prenant en charge individuellement des particuliers mais dans le cadre des prestations aux professionnels. Une partie de l'activité d'EAC est ainsi régie par des conventions institutionnalisées avec différents partenaires.

- Adosphère (Maison des adolescents) : EAC intervient une fois tous les 15 jours au sein d'Adosphère auprès d'adolescents orientés par leurs conseillers. Ces jeunes consultants sont reçus le samedi après midi

- L'ASSOR (Association régionale des missions locales de Bourgogne) : Une convention permet à EAC de mettre à dispositions 3 psychologues (soit, 1,5 ETP par semaine) au sein des missions locales de Beaune, Dijon, Chatillon et Montbard.

- La cellule d'appui aux éleveurs touchés par la tuberculose bovine : Un des psychologues d'EAC participe tous les 3 mois à la réunion de cette cellule. Lorsqu'apparaît un besoin d'aide psychologique, les travailleurs sociaux de la MSA ou du Groupement de défense des agriculteurs orientent les éleveurs vers EAC.

- Des groupes de salariés.

• **Des partenariats informels**

Tous les partenariats engagés avec les travailleurs sociaux ou les psychologues ne font pas l'objet d'une procédure formelle ou de conventions. Les psychologues partagent leurs activités professionnelles entre EAC et d'autres institutions sociales, au sein desquels ils sont familiarisés au

fonctionnement de ces acteurs et ont tissé des liens avec ces derniers. Aussi, de nombreux partenariats sont développés avec les institutions et services sociaux : CCAS, centres sociaux, Conseil général de Côte d'Or en dehors des conventions et des financements de projets.

Ces relations et temps d'échange sont néanmoins structurés par des réunions et des rencontres organisées. Les assemblées générales de l'association EAC ou des institutions sociales sont des lieux propices aux échanges. La transmission d'information concernant un consultant, avec l'accord de l'utilisateur et dans le respect de la confidentialité, donnent également lieu à des temps de rencontres et de réflexion sur les modalités et le sens de l'aide psychologique.

Psychologue : « Même si ce n'était pas formalisé, on a fait beaucoup de travail autour des représentations de l'aide psychologique. Comment les usagers et les professionnels se la représentent et on fait quelquefois tomber des représentations. On n'est pas une solution et on engage une thérapie, des fois on réfléchit autour de l'aide psychologique plus qu'on entreprend une véritable thérapie. »

Afin de proposer l'orientation la plus appropriée aux besoins de l'utilisateur, les psychologues d'EAC entretiennent d'importantes relations avec les psychologues libéraux, les psychothérapeutes et les différents groupes de thérapies (EMDR ou thérapie d'intégration neuro-émotionnelle, thérapies cognitives et comportementalistes). Leur statut d'association autorise les psychologues d'EAC à transmettre aux usagers une liste nominative des thérapeutes et de leurs spécialisations.

► *La place des intervenants sociaux dans l'orientation psychosociale des usagers*

Au-delà du nombre et des modalités des partenariats, il convient de s'arrêter sur la place particulière faite aux intervenants sociaux dans le cadre de l'orientation des usagers vers l'aide psychosociale proposée par EAC d'une part et la façon dont les psychologues se positionnent face à la demande de l'intervention sociale d'autre part. L'intervention psychosociale d'EAC est ainsi amenée à prendre en compte les transformations du travail social. Alors que les travailleurs sociaux sont de plus en plus sollicités pour repérer les signes de mal-être et orienter les personnes concernées sur l'offre de soins psychologiques et psychiatriques, les relations entre EAC et les professionnels sociaux renouvellent le regard porté sur les liens entre insertion sociale et soutien psychologique.

L'orientation des personnes vers EAC par les travailleurs sociaux a fortement évolué depuis la mise en place de ce dispositif au milieu des années 90. Alors qu'au moment de la création d'EAC, la moitié des usagers étaient orientés par les travailleurs sociaux, aujourd'hui, seul un quart des consultants est orienté voire accompagné par leur référent social¹⁶ Cette évolution de l'orientation a été souhaitée par les professionnels de l'association dans la mesure où l'approche clinique de l'aide psychologique vise et s'appuie sur l'autonomisation des individus. Les psychologues conçoivent ainsi la démarche des usagers comme une dynamique volontaire et distincte de la démarche du travailleur social.

ORS : Au niveau de l'accompagnement, l'orientation par le travailleur social c'est quelque chose qui a évolué ces dernières années ?

Psychologue : « Oui. Au tout début, pendant plusieurs années, il y a une espèce de flambée. EAC qui devenait un peu sauveur. On a fait un travail, là, avec les travailleurs sociaux. Les informer, leur expliquer un peu tout ça. Que même s'ils repéraient, ce n'est pas pour ça que la personne allait s'en saisir et qu'il y allait y avoir des miracles. Qu'il fallait aussi prendre le temps, accepté que ça demande du temps. C'est vrai que maintenant, je trouve que ça se passe bien. Globalement, ils savent ce que c'est que l'accompagnement psychologique, en particulier EAC et du coup il n'y a plus cette précipitation. »

Psychologue : « Au tout début, on avait une majorité de gens qui venaient par le biais du travailleur social alors que maintenant on est à 50% dans le bouche à oreille. Les gens, des fois, en parlent. On peut l'évoquer. Moi, personnellement, je ne pousse pas

les personnes à avoir ce suivi. Après, ça leur appartient. Une fois que j'ai lancé la perche, qu'on en a parlé, ils ont cette possibilité. »

Psychologue : *« Je réprécise qu'on n'a pas de contact avec les travailleurs sociaux sauf situation très particulière c'est-à-dire à la demande ou en fonction d'un besoin. Jamais sans l'accord des usagers. »*

Le rôle des intervenants sociaux s'est par conséquent progressivement modifié. S'ils orientent ou accompagnent encore des personnes vers EAC, ils interviennent en amont pour ajuster la demande des usagers aux disponibilités de l'association. Confrontés à un manque de moyen, les professionnels d'EAC ne peuvent répondre à toutes les sollicitations, notamment concernant les déplacements à domicile. Les travailleurs sociaux permettent ainsi de réguler au mieux l'offre et la demande de prise en charge psychosociale.

ORS : *Comment définiriez-vous la place des travailleurs sociaux auprès de vous ?*

Psychologue : *« Ils sont là en amont. »*

Psychologue : *« Les travailleurs sociaux savent qu'au niveau des demandes, c'est difficile de pouvoir y répondre au niveau des visites à domicile donc en amont ils stoppent un peu. »*

Au regard de la configuration des rapports d'EAC et de l'intervention sociale, les psychologues ont adopté différentes positions professionnelles face aux travailleurs sociaux :

- Une position de réflexion et d'appui aux travailleurs sociaux sur le sens et les modalités de l'aide psychosociale
- Une position de médiation entre les usagers et les travailleurs sociaux

- **Un appui à la réflexion sur l'aide psychosociale des personnes en situation de précarité**

Parallèlement à sa mission de prise en charge psychologique, EAC peut proposer aux intervenants sociaux un appui à la réflexion sur l'aide psychologique auprès des personnes en situation de vulnérabilité sociale.

Psychologue : *« On n'est pas complètement au service des travailleurs sociaux. S'ils ont envie de réfléchir sur l'aide psychologique, on veut bien recevoir les travailleurs sociaux, mais on ne travaille pas pour les travailleurs sociaux. Mais globalement, ça se fait en bonne intelligence ».*

Psychologue : *« Ils ont tous pu vérifier, sur le nombre de gens qui sont passés par EAC, que ça a un réel intérêt. Même si parfois il y a des choses qui leur échappent, de l'inquiétude, ils s'appuient sur ce qu'ils ont pu vérifier par ailleurs, supporter qu'il n'y ait pas de résultat immédiat. J'ai vu cette évolution-là avec les années chez les travailleurs sociaux sur Dijon. »*

Ces dernières années, les intervenants sociaux sont d'autant plus enclins à formuler en termes de difficultés subjectives les problèmes sociaux qu'ils ne parviennent plus à les traiter avec leurs propres outils, faute de ressources adéquates²¹. Pour les intervenants d'EAC, la prise en charge psychologique n'est pas forcément appropriée au moment où le travailleur social oriente l'utilisateur. Il importe pour ces psychologues de réfléchir et reconsidérer avec les travailleurs sociaux l'opportunité

²¹ JOUBERT Michel, *Répondre à la souffrance sociale*, Paris, 2005, ERES

d'un accompagnement psychologique. Le mal-être ou le symptôme de souffrance psychique peut être aussi l'expression de l'adaptation d'une personne aux difficultés auxquelles elle est confrontée.

Psychologue : « Il y a quelque chose qui ne fonctionne plus. Et c'est là que ça peut s'amorcer. C'est pour ça que, parfois, quand les gens sont orientés par des travailleurs sociaux, ça ne fonctionne pas. Dans leur dysfonctionnement avec leurs symptômes, un symptôme sert à garder un certain équilibre, ça tient encore. Même si du point de vue du travailleur social ce n'est pas possible, la personne tient comme ça psychiquement. Elle n'est pas en mesure, à ce moment-là, d'utiliser l'accompagnement psy. Ça ne lui servirait pas à grand-chose. »

Comme le souligne un des professionnels interrogé, l'aide psychologique peut être, dans certaines situations, contre indiquée pour l'utilisateur. L'aide psychologique proposée par EAC suppose l'acceptation des incertitudes et des réactions contradictoires des usagers, la flexibilité de la prise en charge où les rendez-vous ne sont pas forcément réguliers.

ORS : Les travailleurs sociaux l'entendent quand vous leur dites que l'appui psychologique n'est pas approprié à ce moment-là ?

Psychologue : « Oui. Après, ça dépend des personnes ».

Psychologue : « Parfois, on va dans le sens du travailleur social. Dans d'autres cas on dit « je ne comprends pas, que s'est-il passé ? Peut-être que l'on pourrait refaire le point. » Des fois on comprend mieux, puis des fois on ne comprend pas. Des fois, c'est aussi le travailleur social qui comprend quelque chose notamment avec les personnes qui ont trop de difficultés ou sont trop fragiles pour vraiment bénéficier d'une aide psychologique. Il y a des contre-indications à la psychologie. Les personnes qui sont trop mal doivent être aidées, mais pas forcément dans des entretiens à deux. Il y a aussi des modèles d'aides toutes faites du côté des travailleurs sociaux qui orientent, il faut que la demande vienne d'eux, il faut qu'il y ait une thérapie une fois par semaine. Alors que nous on pratique aussi de façon ponctuelle. Si vous avez envie de revenir faire le point, vous pouvez revenir pour des entretiens ponctuels. Ce n'est pas du tout dans le schéma classique de la représentation que l'on a de l'aide psychologique où il faut forcément être une à deux fois par semaine en thérapie pour qu'il y ait une aide. On a des personnes, ici, que l'on voit trois ou quatre fois dans l'année, qui viennent ponctuellement. C'est quelque chose d'assez spécifique. »

- **Un travail de médiation entre les usagers et les travailleurs sociaux**

Selon les psychologues d'EAC, l'orientation des consultants vers la prise en charge psychosociale peut traduire un conflit entre l'utilisateur et un intervenant social. La demande d'aide psychologique ne ressort pas nécessairement de problèmes individuels mais de difficultés relationnelles. Il s'agit pour les psychologues de faciliter, voire de pacifier les relations entre certains usagers et les travailleurs sociaux.

Psychologue : « La crise peut aussi être dans un lien particulier avec un travailleur social, avec un médecin. Il peut y avoir une crise, aussi, dans l'histoire de l'accompagnement. C'est déjà arrivé qu'un travailleur social, parce que quelque chose s'est joué dans la relation avec son usager, soit dans une difficulté et l'orienter. Mais la difficulté psychologique n'est pas forcément uniquement chez l'utilisateur. Ça peut déboucher sur : changer de travailleur social, sur un entretien presque de médiation avec un travailleur social pour que les deux parties s'entendent. »

Psychologue : « Après, si à un moment donné la personne qu'on reçoit est en difficulté avec le travailleur social et le travailleur social avec son usager, là on peut aussi amener le fait de se rencontrer, pouvoir parler et replacer des choses ».

Psychologue : « Il y a des décalages dans la représentation. En ce moment, il y a une personne qui prend rendez-vous sur les conseils de son travailleur social. Elle a pris deux fois rendez-vous et ne venait pas. Le travailleur social insiste pour que la

personne vienne et la personne prend rendez-vous mais ne vient pas. On sent que certaines personnes peuvent se sentir forcées. Du côté du travailleur social, on sent qu'il y a un conflit entre la personne, l'usager, et le travailleur social. On ne va pas non plus insister. »

Psychologue : « Moi je me permettrai d'appeler le travailleur social (...) Et, c'est ce que je pense que je vais faire. Des fois il y a des bras de fer entre les usagers et les travailleurs sociaux. On sait que ça peut être facilitateur à certains moments mais on sait aussi qu'il ne faut pas se laisser instrumentaliser. Le fait de les appeler, de placer des mots, de dire les choses, ça leur fait voir l'histoire de la personne différemment et ils se positionnent alors différemment et ça avance beaucoup plus »

► **L'orientation des consultants vers les professionnels sociaux**

L'orientation des consultants d'EAC vers les professionnels sociaux est rarement mentionnée par les professionnels rencontrés. Lorsqu'un besoin d'aide psychologique se double d'un besoin d'aide sociale, les professionnels orientent, dans certaines situations, les consultants vers les conseillers en éducation sociale et familiale (CESF) ou les assistants sociaux. Contrairement à d'autres structures psychosociales où les activités peuvent s'étendre à l'ouverture de droits sociaux, il importe pour les professionnels d'EAC de se distinguer du travail social.

Psychologue : « Parce que parfois les gens peuvent avoir une demande de « j'ai des problèmes financiers, je ne vais pas bien ». En parallèle, on peut les orienter vers la conseillère ESF. »

2. Avec les professionnels de santé et de santé mentale

A l'instar des relations avec les travailleurs sociaux, les interactions avec les professionnels de santé et de santé mentale sont satisfaisantes mais l'orientation de consultants présentant des troubles psychiatriques vers les centres médico-psychologiques (CMP) est problématique.

► **L'orientation vers les professionnels des services hospitaliers de psychiatrie**

Les professionnels et le travail d'accompagnement psychologique mené par EAC sont bien identifiés et reconnus par le CMP et l'ensemble des médecins psychiatres. Ce travail d'identification permet de distinguer clairement les compétences et le champ d'intervention auprès des consultants.

Psychologue : On est relativement bien identifiés. Globalement, dans la société, auprès des usagers mais aussi auprès des professionnels il y a une meilleure connaissance de ce qu'est l'accompagnement psy, ce qu'est un psychologue, un thérapeute. Du coup, on n'a pas de rivalité, de conflit. C'est bien défini que chacun sait ce qu'il a à faire et pourquoi il le fait. On va dans le même sens dans l'intérêt du patient. On peut avoir des médecins psychiatres au téléphone, on peut contacter des CMP. Après, on n'a pas toujours la réponse à ce qu'il faudrait mais les relations sont plutôt bonnes selon moi.

Les échanges sont fréquents et se réalisent par téléphone à l'occasion de l'orientation des consultants. Les rencontres avec les psychiatres s'effectuent également au sein des assemblées générales d'EAC. Ce partenariat ne repose pas sur des relations personnes dépendantes mais sur une reconnaissance institutionnelle des activités respectives d'EAC et des services de psychiatrie.

Psychologue : « On ne connaît pas spécialement les professionnels des CMP. »

Psychologue : « Ils viennent parfois à nos AG ».

Psychologue : « Autant on identifie à quoi servent les CMP même s'ils ont aussi leurs particularités et je pense que de la même façon, EAC est identifié comme EAC. C'est pour ça que ce n'est pas personne à personne. C'est des entités qui se connaissent et qui savent à quoi elles servent. »

Psychologue : « *Ce n'est pas une question de personne. On a déjà été invité, on a déjà participé à des réseaux, prévention suicide, des choses comme ça, directement en lien avec le CHS par exemple* ».

Si les praticiens d'EAC apprécient la fluidité des échanges et une répartition claire des compétences avec les psychiatres hospitaliers, ils regrettent la « *sélection sociale* » des patients à l'entrée des services de psychiatrie. En dehors des équipes mobiles de psychiatrie qui interviennent auprès des personnes très marginalisés, l'approche psychiatrique tend en effet plutôt à régresser auprès des populations en situation de précarité. L'absence de pathologies psychiatriques lourdes et la précarité sociale excluraient du CMP certains patients, alors que les troubles observés par les psychologues d'EAC nécessiteraient leur prise en charge.

En dehors des professionnels hospitaliers de psychiatrie, les professionnels d'EAC constatent l'absence d'interconnaissance avec les psychologues des autres services hospitaliers (en endocrinologie, en maternité) et souhaiteraient développer les échanges. Au regard des problématiques de santé rencontrées par les consultants d'EAC, ces professionnels hospitaliers peuvent constituer des ressources complémentaires pour enrichir la réflexion sur la prise en charge psychosociale.

► *L'orientation vers les professionnels de santé*

Concernant les autres professionnels de santé exerçant en libéral ou au sein de structures collectives (centre de protection maternelle et infantile etc.), les relations avec les médecins généralistes ou spécialistes n'ont pas été spontanément mentionnées.

3. Le travail en réseaux

Le travail en réseau représente toutefois une dimension importante de l'activité EAC. Cette organisation non formalisée en réseau s'élabore à partir du travail d'orientation et d'identification de la demande et des besoins de l'utilisateur. Les professionnels rappellent qu'un usager peut solliciter simultanément plusieurs aides psychologiques. L'orientation d'un patient sur une structure, un psychiatre ou un psychologue peut se concilier ou se prolonger avec des consultations à EAC. C'est pourquoi, les liens avec l'ensemble des acteurs sociaux, médicaux, psychologiques restent denses et s'actualisent continuellement.

Psychologue : « *Parce qu'un psy en libéral n'a pas forcément de lien avec tout ce réseau-là donc sera peut-être en difficulté pour identifier ce qui pourrait convenir à la personne. Et le fait qu'on travaille tous plus ou moins dans le social par ailleurs, on a cette connaissance-là et ça facilite l'accompagnement global de la personne. Mais ça ne veut pas dire que la personne passe par nous pour aller ailleurs et ne reste plus à EAC.* »

L'implantation dans un quartier où les structures sociales sont très présentes et l'approche sociale développée par EAC concourent à un « *accompagnement global* » du consultant. Le travail en réseau est d'autant plus important qu'orienter une personne, « *ce n'est pas juste donner un nom* » : (Psychologue EAC). L'orientation constitue une activité de prise en charge psychologique et une amorce thérapeutique.

Concernant l'implication d'EAC dans les réseaux de santé mentale, la plupart des psychologues participe à des réseaux tels que *Prévention Suicide*, souvent en lien avec le Centre

Hospitalier spécialisé *la Chartreuse*. Les professionnels estiment néanmoins que l'existence de ces réseaux s'est raréfiée, certains ayant périclité comme le réseau des *Violences faites aux femmes*.

Psychologue : « Des réseaux, il n'y en a pas tant que ça qui existent maintenant. Il y en a qui ont existé et on a été dedans : prévention suicide, violence globalement mais particulièrement violences faites aux femmes, mais ils ont périclité. On est partant et c'est très intéressant ».

II. LES EXPÉRIENCES VÉCUES PAR LES CONSULTANTS

A. Profils et parcours psychosocial des consultants

L'approche compréhensive, c'est-à-dire du point de vue des consultants et du sens qu'ils donnent à leur suivi, permet d'identifier différents parcours pour accéder à EAC et de comprendre de quelles manières ils appréhendent cette forme d'aide psychosociale.

1. Description de la population enquêtée

▶ *Sexe et âge*

Les personnes interrogées sont en grande majorité des femmes (8 sur 13) dont l'âge varie de 25 et 55 ans.

▶ *Logement*

Onze personnes disposaient d'un logement personnel au moment de l'enquête, deux vivaient chez leurs parents. L'ensemble des enquêtés réside à Dijon ou sa proche banlieue, ce qui, dans une certaine mesure, facilite l'accès à EAC.

▶ *Situation familiale*

Plus de la moitié des personnes rencontrées vit seule mais conserve des relations fréquentes avec l'entourage. Parmi les enquêtés, un seul a rompu totalement les liens avec sa famille.

▶ *Situations socioprofessionnelles*

Les situations économiques et sociales des consultants sont également diversifiées et correspondent aux statistiques recensées par les professionnels d'EAC. L'analyse des entretiens a permis d'identifier 3 profils socio-économiques différents :

Des consultants insérés socialement mais confrontés à une précarité économique et professionnelle installée. Ces personnes sont bénéficiaires de minima sociaux, touchent le RSA depuis plus de 2 ans ou sont des chômeurs de longue durée en fin de droits. A ce titre, toutes ces personnes entretiennent des relations régulières avec un travailleur social ou un conseiller d'insertion. Concernant leur couverture sociale, ils bénéficient de la CMU-c.

Des personnes en situation de fragilité professionnelle ou de reconversion. Ce sont des salariés en intérim qui cumulent les vacances et alternent les périodes d'emploi et de chômage. Ce sont également des personnes qui reprennent des études ou suivent une formation en alternance en vue d'une réorientation professionnelle. Leurs revenus sont composés du salaire et du RSA ou encore de l'aide financière familiale. Ces personnes sont couvertes par le régime général de la Sécurité sociale et ont une mutuelle.

Des personnes salariées stables. Ces usagers occupent un emploi en CDI et appartiennent à la catégorie des employés et professions intermédiaires. Cette stabilité professionnelle est intervenue après une période de précarité et de reconversion professionnelle. Ces personnes (notamment des femmes) étaient sans activité professionnelle avant un divorce et ont dû par la suite solliciter les services sociaux et d'insertion professionnelle. Elles bénéficient d'une couverture sociale de droit commun et d'une mutuelle.

► *Durée de prise en charge psychosociale et état de santé psychique ressenti*

Dans l'ensemble, les consultants rencontrés sont installés dans une fréquentation régulière et de longue durée d'EAC. Sur les 13 usagers interviewés, 11 fréquentent la structure depuis plus de deux ans. Au moment de l'enquête, une seule personne était suivie depuis 3 mois à EAC mais envisageait un suivi psychothérapeutique régulier à long terme. Aucun des consultants rencontrés n'avait l'intention d'arrêter son suivi psychothérapeutique. Du point de vue de leur état psychique déclaré, trois consultants affirmaient se « sentir bien, voire très bien » au moment de l'enquête, cinq mentionnaient une stabilisation de leur état psychique et émotionnel et trois personnes s'estimaient en « grande souffrance ».

Si ces personnes ont pour point commun d'être suivies depuis un certain temps, leurs profils sont néanmoins diversifiés.

► *Recours aux professionnels de santé*

En dehors d'EAC, les enquêtés déclarent consulter régulièrement des professionnels de santé, et plus particulièrement leur médecin généraliste qui représente l'interlocuteur privilégié de leurs parcours de soins.

2. Les modalités d'accès à la prise en charge psychosociale

La prise de contact avec l'association EAC est fortement dépendante de l'environnement social et du réseau personnel des consultants. L'ensemble des consultants avaient déjà fait l'expérience d'une prise en charge psychologique dans le cadre d'un centre médico-psychologique (CMP), des structures d'insertion socioprofessionnelle ou auprès d'un professionnel libéral. Le suivi psychothérapeutique à EAC fait fréquemment suite à une première expérience de prise en charge psychologique ou psychiatrique plutôt négative.

► *Les modes de connaissance et d'orientation vers EAC*

Les consultants sont orientés vers EAC par trois types de canaux :

- les travailleurs sociaux
- les structures publiques de prise en charge sociale ou psychologique
- l'entourage amical et familial

Parmi ces trois modes d'information et d'orientation, le « *bouche à oreille* » est un mode d'entrée de plus en plus fréquent.

• *L'orientation par un travailleur social*

Un consultant interrogé sur quatre a été orienté ou a connu EAC par l'intermédiaire d'un travailleur social. Ce dernier est un référent de confiance pour ces personnes, qui facilite la démarche de prise en charge.

L'orientation par un éducateur ou un assistant social est généralement effectuée pour les consultants les plus démunis, confrontés à des situations de fragilités économiques et sociales. Le réseau tissé entre EAC et les travailleurs sociaux contribuent à faciliter la prise de contact des personnes avec les psychologues. A côté des liens interpersonnels entre les intervenants sociaux et les psychologues d'EAC, le « *bouche à oreille* » favorise la circulation des informations entre les travailleurs sociaux.

Les consultants conseillés par leur référent social, considèrent l'orientation vers EAC comme une aide qu'ils avaient auparavant envisagée sans jamais oser la formuler. Une seule personne a vécu la prise de contact par le travailleur social comme une obligation.

- **L'orientation par les structures publiques**

Les services hospitaliers de psychiatrie (Centre médico-psychologique), la maison des adolescents (pour les usagers mineurs), ont un rôle important dans l'orientation des personnes vers EAC. Préalablement à la prise en charge au sein d'EAC, certains consultants ont connu plusieurs institutions, notamment les services du CMP. Ils ont longtemps été renvoyés d'institution en institution, n'ayant pas trouvé de réponses appropriées à leurs situations auprès des acteurs spécialisés. De ce fait, ces enquêtés comparent fréquemment leurs itinéraires de soin psychique à un « *parcours du combattant* ».

Consultante : « *Au départ j'étais passée par du public et par du privé, puis du public. C'est plus la maison des ados qui m'a amené à venir ici. Autrement, avant, c'est vrai que j'ai fait plusieurs choses. Ils nous disent d'aller quelque part, puis les psychiatres nous disent d'aller autre part. Vous pouvez aller consulter telle personne, qui vous donne des contacts. Dès qu'on veut consulter, ils nous font passer par tel service, puis un autre. Enfin ça c'est dans le public, automatiquement, même si on n'a pas des problèmes d'ordre médicaux. Enfin sinon pour mon profil, ils m'ont orienté petit à petit...* »

Du côté des services spécialisés, ces patients ne présentent pas de profils psychopathologiques nécessitant une prise en charge hospitalière ou de jour au sein d'un CMP. C'est pourquoi certains de ces services de psychiatrie réorientent certains patients vers EAC.

Consultante : « *J'étais allée voir un CMP vers la Place Wilson, on m'a dit : « allez plutôt par là, allez plutôt là... ». Et le temps aussi que j'avais perdu avec les psychologues du travail de l'AFPA...* »

- **L'orientation par le réseau social et amical**

Si l'adressage institutionnel existe, il ne constitue pas le mode de contact privilégié. La recommandation d'EAC par le cercle amical, familial, est un des moyens d'information privilégié. Parmi les usagers rencontrés, quatre ont bénéficié des conseils et informations de leur entourage proche. Le cercle amical et familial est aussi, fréquemment en relation avec le réseau social ou médical, par le parcours social ou la profession exercée. Ainsi, certains proches ou membres de la famille exercent une profession en lien avec les institutions sociales ou médicales. D'autres ont été d'anciens bénéficiaires d'EAC, ce qui a pour effet de rassurer les consultants actuels sur leurs propres démarches.

▶ **Des expériences antérieures de prise en charge psychothérapeutique**

L'ensemble des personnes interrogées a déjà fait l'expérience d'une prise en charge auprès de psychologues, des psychiatres en secteur hospitalier ou libéral. Elle n'a pas répondu aux attentes des consultants qui ont abandonné ce type de suivi et accepté la réorientation proposée le plus souvent par les professionnels de psychiatrie eux-mêmes. Suite à ces expériences passées, les consultants distinguent nettement les missions des psychiatres et des psychologues.

- **Un refus de la médicalisation et de la psychiatrisation**

La prise en charge psychologique au sein d'EAC représente une alternative à la médicalisation des problèmes sociaux et du mal-être psychique. Ces personnes réfutent la qualification de cas médical et le statut de « malade ». La grande majorité des enquêtés ont une représentation négative de la psychiatrie. De manière générale, la psychiatrie pâtit encore d'une image fortement stigmatisée, associée à la « *folie* » ou à la dangerosité. Pour les professionnels,

comme pour les consultants rencontrés, ces critiques traduisent les limites de la médicalisation ou de la psychiatrisation des problèmes sociaux ou familiaux.

Consultant : « *Quand c'est du médical c'est vraiment, c'est très ciblé : il essaie vraiment de chercher s'il y a vraiment un gros problème dans la tête* ».

Consultant : « *Les psychiatres, ils ne servent à rien, les dialogues c'est très... Ils ont beau être des brillants docteurs peut-être pour les schizophrène ça va très bien mais ça ne m'a jamais rien apporté.* »

Par ailleurs, les réticences formulées à l'égard des services de psychiatrie s'expliquent par la crainte de la médication, également associée à la maladie mentale.

Consultant : « *Pour moi un psychiatre c'est une personne qui va faire une ordonnance avec des trucs contre la dépression. Pour moi les psychiatres ils soignent les gens qui ont des troubles de la personnalité, enfin des choses assez fortes. C'est certainement pour ça que je ne les ai pas intéressés. Alors qu'un psychologue ou un psychanalyste, il est là plus pour discuter, pour aider, pour être à l'écoute... et je sais qu'en sortant je n'ai pas ma petite ordonnance et je sais qu'on ne va pas me dire pendant une heure que je suis malade, que je suis débile.* »

- **Une mise à distance des professionnels libéraux**

A la suite de ruptures dans leurs histoires familiales, sociales, certains enquêtés se sont tournés vers des psychologues libéraux dont le suivi a été également abandonné et perçu comme négatif. Plusieurs obstacles limitent l'intérêt d'une prise en charge psychologique en libéral. Premièrement, le coût financier constitue un frein important compte tenu des ressources financières disponibles des bénéficiaires. Cette première limite concerne aussi bien les consultants en situation de précarité (bénéficiaires de minima sociaux, personnes en recherche d'emploi) que les salariés économiquement déstabilisés. Si le coût des séances en secteur libéral peut constituer un obstacle important, la distance sociale avec les professionnels majore ces difficultés. L'exercice libéral est associé à un mode de consultations éloigné des préoccupations sociales et quotidiennes des consultants. Les personnes interrogées ayant fait l'expérience d'un suivi psychologique en libéral, déclarent s'être senties « *jugées* » et illégitimes dans leur démarche.

Consultant : « *Les privés c'est hors de questions, ils prennent trop cher de toute façon.* »

Consultant : « *J'avais été voir un psychanalyste privé, mais il me disait : vous ne devriez pas fréquenter des personnes de cet âge là, il jugeait mon mode de vie, je ne me suis pas sentie à l'aise du tout. Et puis tout son cabinet sentait le « fric », je n'aimais pas...* »

- **La recherche d'une écoute généraliste**

A EAC, les consultants apprécient l'approche généraliste de la prise en charge. Contrairement aux différents institutions ou services fortement marqués socialement, EAC représente une structure d'écoute « neutre » où ils ne sont pas catégorisés par âge, pathologie ou situation sociale. A ce titre, la volonté des professionnels d'accueillir un large public rencontre les attentes des consultants d'être pris en charge sans être étiquetés médicalement ou socialement.

Consultant : « *Y'en a qui s'occupe plus des tranches d'âge...* »

Consultant : « *En CMP, je savais à peu près ce qu'étaient ces organismes, on vous voit comme une malade. Alors que ce n'est pas ça, ce n'est pas aussi lourd. Ensuite, j'ai trouvé EAC. Ils avaient une approche différente des CMP. Alors maintenant je dirais que ce qu'on peut trouver ici quelques choses d'assez généraliste. C'est à dire que s'il y a un problème particulier, si je n'arrive pas à en trouver la solution ou une réponse, ce qui est assez rare quand même, ici je peux demander, d'une semaine sur l'autre, on peut me fournir une réponse.* »

Ces différents publics viennent à EAC parce qu'ils ne trouvent pas dans les lieux traditionnels de prise en charge psychologique des réponses adaptées à leurs attentes, ni de relations humaines suffisantes pour y poursuivre un suivi psychothérapeutique.

► **La place des liens familiaux et sociaux dans l'expérience et l'accès à l'aide psychosociale**

Quels sont les rôles des soutiens familiaux et sociaux auprès des personnes consultant EAC ? Dans quelle mesure favorisent-ils ou freinent-ils la démarche de prise en charge psychologique ? L'importance donnée aux liens familiaux varie fortement selon la trajectoire familiale, personnelle des consultants. Afin d'appréhender la spécificité d'EAC par rapport à d'autres formes informelles d'écoute, il est important de saisir le rôle des liens sociaux et familiaux face au mal-être des consultants.

Dans l'ensemble, quelle que soit la nature de leurs relations familiales, les interviewés tiennent à mettre à distance l'impact ou l'influence de la famille sur leur prise en charge psychosociale. Cette attitude répond à plusieurs logiques.

Certains usagers sont attachés et revendiquent leur autonomie de décision. L'autonomie de la démarche participe, à leurs yeux, à leur construction ou reconstruction psychique.

Les enquêtés ne veulent pas représenter un « fardeau » pour leurs proches. Il s'agit de ne pas faire porter à leurs familles les conséquences de leur mal-être ou de leurs problèmes.

Les usagers affirment par ailleurs rechercher une écoute professionnelle et neutre. Des qualités d'écoute et d'attention que ne peuvent pas leur apporter leurs familles, même si elles sont accompagnantes.

Confrontés à des difficultés ou une précarité relationnelle, certains consultants sont en rupture avec leurs familles. Pour certains enquêtés, la famille peut aussi être une des causes du mal-être exprimé. D'autres affirment qu'ils se sentiraient « jugés » voire « humiliés » par leurs familles, pour qui la prise en charge psychologique reste une pratique stigmatisée et stigmatisante.

Alors que la famille apparaît en retrait de la prise en charge, les liens sociaux et amicaux semblent plus sollicités. Il est plus aisé pour les consultants de partager l'expérience de leur suivi psychothérapeutique avec leurs amis, notamment si ces derniers sont déjà familiers de ce type de prise en charge. Pour les consultants, les réseaux amicaux renvoient une image valorisante de leur démarche psychothérapeutique.

B. Les expériences de la prise en charge psychosociale à EAC

Onze des treize consultants interviewés sont inscrits dans une fréquentation de longue durée d'EAC. Recourir de façon régulière à la prise en charge psychosociale suppose une adhésion aux règles de fonctionnement de l'institution d'une part et une prise de conscience de son état psychique d'autre part.

1. Les relations avec les professionnels et l'apprentissage des règles de fonctionnement

Le suivi régulier et prolongé s'accompagne d'un apprentissage et de l'acceptation des règles de fonctionnement de l'association à travers lesquelles les consultants vont être reconnus et se reconnaître comme une « *personne en souffrance* » et non comme une personne précarisée ou « *démence* ». Le recours à la structure est fortement dépendant de la qualité des relations avec les psychologues.

► *L'importance de l'accueil et des qualités humaines des professionnels d'EAC*

Parce que le personnel n'effectue pas un travail uniquement ciblé sur les populations défavorisées, les usagers peuvent voir dans les échanges établis une relation psychothérapeutique et humaine dégagee (relativement) des problématiques de précarité. La prise en charge avec les professionnels d'EAC représente un soutien particulièrement important pour les consultants. Pour une partie d'entre eux, le psychologue est souvent avec le médecin généraliste ou le travailleur social, le seul référent et lien social sur lequel ils peuvent compter. La relation psychothérapeutique s'élargit en une relation humaine et individualisée de soutien.

Consultante : « Ici, la psychologue, ou même la dame qui est à l'accueil le lundi, ils m'apportent de temps en temps un verre d'eau. C'est sympa. Ils font attention à nous »

Face à des psychologues soucieux d'apporter une dimension humaine à la prise en charge, les usagers sont davantage disposés à des échanges profonds fondés sur la confiance. Les consultants trouvent dans ce type de rapport prévenant et bienveillant un soutien moral d'autant plus important que certains se trouvent isolés socialement. Lorsque la fréquentation se prolonge, professionnels et consultants apprennent à se connaître, ce qui permet d'établir un suivi ne se limitant pas à un strict service psychothérapeutique.

Consultante : « Je suis vraiment seule. Je l'ai vu, j'ai été opérée il y a 3 mois, j'étais vraiment seule : en deux mois d'arrêt, j'ai vu six personnes. Madame X, la psychologue, a eu la gentillesse de venir jusqu'à chez moi. Parce qu'elle me le proposait, elle faisait ça, j'ai dit : « alors là, si vous pouvez venir, bien évidemment, j'accepte, je verrai au moins quelqu'un ». Alors elle est venue deux fois en ce temps là alors j'étais super contente parce que c'était elle. (...) Et donc madame X a été vraiment là pour mes problèmes, pour mes soucis, pour mes angoisses, mes tristesses et des moments où on a envie de se foutre en l'air, parce qu'elle m'a aussi déjà vu pleurer, des moments où je n'étais pas bien. Elle me voit où je suis « ça va pas aujourd'hui », elle voit bien que j'ai des cernes et elle a aussi la délicatesse « oh ben vous êtes bien habillée aujourd'hui ». Ce n'est pas beaucoup mais quand on est seule et qu'on fait un petit peu attention à vous, oui, je compte pour quelqu'un... »

Consultante : « j'ai réussi à me livrer parce qu'on a vraiment bossé dans un climat de confiance. Finalement, après c'était un rendez vous qui était tellement attendu tous les lundis. Quand, ça n'allait pas c'est la première chose à laquelle je pensais. Il y a même un rendez vous où j'ai tellement évacué mon stress que quand je suis partie et que je suis arrivée dans la voiture, j'ai pété un plomb : je me suis mise à pleurer. Je l'ai rappelée elle m'a dit : « venez tout de suite » donc je suis revenue et elle m'a repris un quart d'heure, 20 minutes, histoire de me calmer, de me rassurer, il n'y en a pas beaucoup qui le font. »

• *La recherche d'une écoute « proche des gens »*

Davantage que des conseils, c'est principalement une écoute thérapeutique et de la proximité que les personnes viennent chercher au sein d'EAC. A la différence d'autres structures où la prise en charge a pu être perçue comme intrusive ou au contraire « *trop distante* », pour les enquêtés, EAC se caractérise par un équilibre entre une écoute thérapeutique non intrusive et une démarche « *proche des gens* ».

Consultant : « Une écoute thérapeutique, je pense que ça c'est important. Quelque chose qui est là mais qui sait s'effacer quand il faut. Et puis qui est proche des gens. »

Consultante : « Ce qui est rassurant, oui, c'est d'en venir à tout ça et de consulter. Et pas simplement quelqu'un qui est là pour nous écouter pour nous sonder, voir si on est psychopathe ou pas, ce que font les structures ce qui a tendance à nous inquiéter. Ces structures, je pense qui font ça avec peut-être pas mal de gens, c'est une façon de vérifier un petit peu l'état de la personne. Enfin, moi ça a tendance à me stresser. On pourrait nous sonder au scanner pour voir notre état psychologique que ça reviendrait au même. Là c'est un peu trop fort. Je ne sais pas même si on le droit de

faire des choses comme ça. Enfin, il y a une liberté, enfin il y a un territoire de l'être humain qu'on doit respecter quoi. C'est bien qu'il y ait des choses à dépasser, on est poussé justement, on nous oblige un petit peu à nous ouvrir mais pas pour tout. Des fois, il faut savoir s'arrêter ! Non, non, je pense qu'ils jouent bien leur rôles, de justement de pousser mais sans trop être intrusif. »

L'accessibilité des psychologues d'EAC est un critère de proximité rassurant. Tout d'abord, la façon d'aborder l'aide psychologique et les caractéristiques pratiques (implantation dans le quartier de la Fontaine d'Ouche, locaux, bureaux) sont des éléments déterminants des liens de confiance entre les consultants et les psychologues. Certains consultants ont d'ailleurs conscience de la distance sociale qui les sépare des psychologues libéraux ou des psychiatres. Les enquêtés soulignent la convivialité des locaux en appartement ainsi que la disposition du mobilier favorisant la proximité. Les consultants apprécient particulièrement qu'il n'y ait ni divan, ni bureau qui les séparent physiquement, socialement et symboliquement des psychologues.

Consultante : « Après je trouve qu'il y a quelque chose d'assez simple et convivial. Et puis j'aime bien, ils ne prennent pas de notes, il n'y a pas de bureaux qui nous séparent, on est côte à côte. »

- **Une relation d'échanges appréciée et un langage accessible**

Les consultants qui ont fait l'expérience de la pratique psychanalytique ou des psychiatres reprochent fréquemment à ces professionnels leurs langages théoriques et inaccessibles ainsi qu'une absence d'échange et de communication entre le praticien et le patient. Les consultants rencontrés soulignent l'importance d'un « retour » de la part du psychologue. Les enquêtés insistent sur l'importance du dialogue échangé davantage centré sur les problématiques de la personne que sur les références de la psychologie clinique. La relation de confiance avec le praticien repose non seulement sur l'écoute mais aussi sur la parole partagée.

Consultante : « J'ai l'impression que c'est plus psychothérapeutique ici. Je ne dis pas que c'est de la pure psychanalyse. Ce n'est pas le divan... on n'est allongé. Ici on parle, il y a un échange. Il y a un retour. J'ai quand même encore des gros a priori sur la psychanalyse, la cure psychanalytique. Moi, j'aime bien qu'il y ait un peu de répondant. »

Consultante : « Les psychiatres, c'est autre chose ils écoutent et, moi, je préfère le dialogue. Sinon bon ben je prends mes bouquins puis je cherche moi-même donc, c'est pareil. »

Le dialogue est d'autant plus apprécié que les psychologues ont recours à un langage psychologique accessible. Quels que soient les niveaux socioculturels des consultants et l'expérience de la prise en charge, l'ensemble des enquêtés apprécie la simplicité du langage psychothérapeutique. Pour les professionnels, la reformulation, la simplification des concepts et problématiques psychologiques ou psychanalytiques constituent un critère qui facilite la démarche des consultants, notamment pour ceux ayant des difficultés à se repérer parmi l'offre de soins psychologiques.

Consultant : « Comme chez moi, il n'y avait pas beaucoup de dialogue, vers quelqu'un d'extérieur. Je suis allée consulter des personnes et donc ici, j'ai trouvé un bon accueil et une simplicité de parole donc ça m'a convenu. C'est une autre ambiance. Dans le privé, l'écoute est plus distante et plus intellectualisée aussi je trouve. Enfin pour moi il y avait une grande distance de paroles. Ici, je me sens plus détendue et plus libre de dire ce que j'ai à dire. »

- **Une confiance confortée par l'engagement associatif et le professionnalisme**

Le statut d'association peut constituer un critère rassurant pour certains consultants et renforcer la confiance envers les psychologues. Distinct de l'hôpital et des professionnels libéraux, le statut associatif traduirait un certain « engagement » qui enrichit les compétences professionnelles. Tous les consultants ne sont pas particulièrement intéressés par le statut d'EAC mais ceux dont la profession est en lien avec le secteur social, accordent plus d'importance à ce critère. L'association de professionnels représente aussi une garantie de qualité et de professionnalisme.

Consultante : « Après, je crois aussi qu'il y a un réel engagement parce que c'est une association quoi en fait. En même temps, c'est intéressant aussi professionnellement aussi parce que la personne qui me suit c'est quelqu'un qui connaît un petit peu le secteur du social, qui bosse dans d'autres endroits. C'est rassurant de voir qu'ils ne font pas ça pour l'argent »

Si les relations de confiance sont facilitées par la proximité et l'accessibilité aux professionnels, le professionnalisme, c'est-à-dire la capacité du psychologue à mettre à jour les difficultés psychiques garantit l'adhésion des consultants à la prise en charge. Pour les enquêtés disposant de ressources culturelles et sociales relativement plus favorisées et familiarisés à la prise en charge psychologique voire à la psychanalyse, la formation et la tradition psychanalytique des professionnels (freudienne en l'occurrence) ont été des facteurs déterminants dans la poursuite de la prise en charge. Le fait d'adopter une position neutre et non de conseil est un critère de professionnalisme attendu.

Consultante : « Je leur ai demandé quelle était leur orientation psychanalytique. C'est une approche freudienne, que je partage d'ailleurs. Donc déjà j'étais en confiance. Et puis ce sont des psychologues, donc on ne va pas se sentir jugé ; ce n'est pas comme la famille ou les amis, qui peuvent vous entendre, mais leurs avis seront toujours biaisés... »

- ▶ **Un fonctionnement souple et adapté**

La possibilité d'adapter le suivi thérapeutique en fonction de l'état émotionnel ressenti et des contraintes de la vie quotidienne (garde des enfants, entretiens avec des intervenants sociaux ou pôle emploi) facilite la démarche et l'adhésion à la prise en charge.

- **Un usage souple des rendez-vous**

Une des qualités majeures relevées par les enquêtés est la possibilité d'anticiper ou de rapprocher les séances lorsque les besoins d'aide ou que l'état psychique le nécessite. Les séances peuvent être différées ou avancées selon l'état psychique ressenti par la personne. Ces situations d'urgence sont fréquemment décrites comme « un besoin pressant d'écoute », « un malaise pressant », provoqué par une accumulation de difficultés sociales ou personnelles.

ORS : *vous venez tous les combien ici ?*

Consultante : « Soit toutes les semaines soit toutes les deux semaines ça dépend l'état dans lequel je suis. Souvent, c'est toutes les semaines. Justement cette semaine. J'ai demandé un rendez-vous. Donc, j'ai appelé mardi pour avoir rendez-vous dans la semaine et on m'a proposé aujourd'hui. J'essaie quand même de prévenir rapidement alors que j'avais un rendez-vous pour la semaine prochaine ; donc, au lieu de deux semaines elle m'a pris une semaine avant ».

La disponibilité des psychologues et le temps d'écoute sont également des qualités majeures pour l'instauration de la confiance et la continuité du suivi.

Consultante : « Parce que y a rien de pire, quand tu vas chez le psychiatre, déjà au début, les premières années, c'est dur parce que tout ce mal que tu as en toi pour qu'il sorte ce n'est pas évident. Donc, tu mets déjà un quart d'heure pour savoir ce

que tu as à dire et si au bout d'une demi-heure, il te dit la séance est finie... Enfin, tu parles, tu as trouvé un sujet, tu es lancé et il regarde l'heure et s'arrête. Moi, je trouve quand même en une heure tu peux dire pas mal de choses, ça c'est génial, et tu es toujours bien accueillie. »

Au-delà des procédures standardisées de la prise en charge psychologique, c'est l'état émotionnel de la personne qui oriente le fonctionnement le suivi et le processus psychothérapeutique.

Consultante : « Parce que j'allais voir un psychiatre à 50 ou 60 euros la séance, et je devais ressortir guérie au bout de 6, ce n'est pas possible. Non parce qu'il faut qu'il s'installe quand même une confiance... »

Consultante : « Et je sais, quand ça ne va pas, je peux téléphoner à madame P qui trouvera toujours un rendez-vous ou une petite place. J'essaie de ne pas abuser parce que je sais que c'est une dame qui est très prise mais je sais qu'il y a quelqu'un pour m'écouter. »

- **La contribution financière**

D'un point de vue financier, pour les consultants la possibilité de déterminer le montant selon les ressources disponibles est un support important de leur prise en charge psychologique. Dans l'ensemble, les usagers n'auraient pas eu connaissance de ce système avant leur prise en charge. La plupart d'entre eux reconnaissent que sans cette facilité financière ils ne pourraient pas consulter un psychologue et apprécient par ailleurs la souplesse du paiement. Selon leurs possibilités et leurs avancées personnelles, le montant, fixé entre 20 centimes et 20 euros, peut être renégocié à la hausse ou à la baisse avec le psychologue, voire différé à la séance suivante.

Au-delà de la dimension financière, ce système de contribution adapté permet de lever certains obstacles liés à la demande d'aide psychosociale. Ce paiement ajusté permet ainsi aux usagers de recourir à l'aide psychologique sans avoir le sentiment de solliciter une aide sociale. Ce fonctionnement ne dévalorise pas la qualité de leur prise en charge et les consultants interrogés ne justifient d'ailleurs pas leur suivi prolongé et régulier en fonction de l'accès financier. La contribution financière confère une forme de reconnaissance sociale au fait « *d'être en souffrance* ». Les usagers participent, par ce paiement, à la définition de leur statut de consultant. Ils ont intériorisé les principes de cette contribution, en rationalisant, voire en revendiquant les bénéfices de ce système. Ainsi, les consultants sont attentifs à ne pas être placés dans une position de « *dette* » à l'égard des professionnels et ont le sentiment de conserver un pouvoir de décision.

Consultant : « C'est quelque chose de très bien parce que ça nous met en face de... Enfin, pour moi, ça m'oblige à me dire : qu'est-ce que je veux vraiment, moi. Cette somme d'argent variable, si on choisi de donner, c'est intime, ça met en face de ça. En même temps, Je trouve que c'est quelque chose de très intelligent. »

Consultante : « Et ce n'est pas le montant de la consultation qui fait la qualité du psy. »

Consultante : « C'est très important de ne pas mendier, quand on est fière comme ça de ne pas demander l'aide aux autres. Je crois que payer c'est aussi ça, voilà, j'ai payé ça. »

A contrario, le fait de ne pas pouvoir s'acquitter d'un montant qu'ils estiment suffisant, est parfois vécu comme un échec. Le montant déterminé avec le professionnel reflète aussi le travail psychique accompli et exprime, dans une moindre mesure, une certaine satisfaction au regard du cheminement personnel.

2. Le sens du mal-être et les expériences de la prise en charge individuelle

Les consultants donnent une certaine signification à leur prise en charge, aux expériences sociales, familiales, qu'ils vivent. Selon la définition que les usagers donnent de leurs situations et des troubles qui les affectent, la prise en charge et le mode de fréquentation d'EAC diffèrent. Concernant la souffrance psychologique, il ne s'agit pas d'analyser les manifestations ou les raisons d'un point de vue psychologique ou psychanalytique mais de comprendre les différents usages d'EAC selon l'expérience vécue et le sens de la souffrance psychique.

A partir des entretiens analysés, trois formes de relations à la prise en charge ont été observées.

► *Se connaître soi et une expérience routinière de la psychothérapie*

Pour deux des personnes interviewées, la signification donnée à la prise en charge psychosociale est associée à un travail sur soi, un support pour mieux se connaître. Ces consultants déclarent un état psychique satisfaisant et « apaisé ». La prise en charge psychothérapeutique répond à un besoin de connaissance de soi. Ce constat fait suite à un suivi de plusieurs années en psychothérapie qui ont permis de surmonter un mal-être ou une dépression. Ces personnes poursuivent néanmoins leurs thérapies dans le but de mieux se connaître et d'approfondir leurs relations à l'autre. Globalement, ce rapport à soi et la prise en charge s'inscrit dans une évolution sociale et personnelle ascendante, après une période marquée par d'importantes difficultés. Le psychologue est alors perçu comme un « témoin » de l'histoire personnelle et la prise en charge psychologique, un espace-temps pour se garder du temps à soi. Aussi, la fréquence des séances est plus espacée qu'au début du suivi, en moyenne au rythme d'une séance toutes les deux ou trois semaines.

Consultante : « Moi, je travaille dans le social et du coup ça a été aussi ma demande à la base de pouvoir avoir un regard... parce qu'il y avait pas d'analyse de la pratique là où j'étais, donc pouvoir avoir un lieu où je puisse parler librement de ce qui m'affecte dans mon travail. Ça a été souvent le cas mais pas toujours, oui c'est vraiment, un temps pour moi... où je me pose et ça me libère. Et puis au-delà de ça, j'apprends à mieux me connaître, savoir qui je suis pour moi-même. Le psychologue est là aussi comme un témoin. J'ai l'impression de laisser une trace de moi ici. »

Consultante : « C'est un travail sur soi, pour mieux me connaître, être plus autonome et enfin avoir confiance en moi, confiance en la vie. Moi, je n'avais pas du tout confiance en la vie avant, j'avais un regard négatif et je m'en suis mieux sortie parce que j'étais suivie. »

► *Reconstruire les identités personnelles et sociales fragilisées : la prise en charge psychosociale comme « support de vie »*

A travers la prise en charge psychosociale, les enquêtés ne recherchent pas une seule réhabilitation sociale ou professionnelle mais des lieux pour parler et trouver un moyen de s'exprimer. La quasi totalité des consultants interrogés fréquentent EAC pour traiter leurs problèmes de mal-être. A travers leurs prises en charge, les consultants cherchent à restaurer leurs identités lésées par les ruptures familiales, les accidents de la vie, dont le poids peut être majoré par la précarité socio-économique.

- **La souffrance apaisée mais une identité fragilisée : la prise en charge psychosociale comme une « soupape » face aux tensions quotidiennes**

Certains consultants déclarent un état de santé psychique en voie d'amélioration mais encore fragile. Le stress et la gestion des émotions sont les principaux facteurs de leur mal-être. Si le travail psychique accompli avec le psychologue a permis d'apaiser les tensions et un sentiment de mal-être, l'équilibre retrouvé reste instable et fortement dépendant des événements familiaux, professionnels vécus. C'est pourquoi, certains enquêtés estiment nécessaire de poursuivre leur suivi à EAC. S'ils déclarent aller mieux, ils reconnaissent ne pas être totalement en mesure d'appréhender les événements de la vie seuls et sans soutien psychothérapeutique. La séance avec le psychologue est décrite comme un « *refuge* », un lieu où trouver un éclairage et un soutien stable face aux pressions quotidiennes. De ce fait, la fréquence des séances reste rapprochée. Si certains ont interrompu leur prise en charge pendant plusieurs mois, ils avaient repris un rythme très suivi au moment de l'enquête.

Consultant : « *Quand j'ai arrêté, en fait l'été dernier, on a espacé les visites parce qu'on pensait que ça allait mieux, et on s'est dit il arrivera un moment où il faudra que ça s'arrête de toute façon. Donc on a espacé tous les 15 jours après on a espacé toutes les 3 semaines, puis en fin d'année on a dit bon, on va arrêter. Il était temps, je me disais. Là, elle m'a dit que « de toute façon, vous n'hésitez pas si vous avez un souci, il y a quelqu'un qui me remplace ». Et j'ai réussi à gérer certains problèmes, mais il y en a eu d'autres. Ce n'est pas facile et je n'ai pas eu de chance parce que juste quand elle n'était pas là il m'est retombé des trucs sur le coin du nez et donc j'ai rappelé. Je savais qu'elle revenait au mois de mai mais je ne savais pas quand donc j'ai rappelé et elle m'a donné un rendez vous tout de suite à sa rentrée (...) C'est une vraie soupape, pour moi, j'en ressors je suis vidée mais tellement bien* »

- **La souffrance installée : la prise en charge psychosociale comme « pilier » face à un mal-être permanent**

La souffrance exprimée par certains enquêtés renvoie à un mal-être prolongé. Les personnes mentionnent des états dépressifs permanents, des troubles de l'anxiété, de l'apathie. Bien qu'entourées par leurs familles, les personnes expriment un sentiment de solitude et d'abandon. Ils mettent leur malaise en relation avec des problèmes familiaux, conjugaux. Leurs trajectoires de vie sont marquées par de nombreuses ruptures successives (deuil, perte d'emplois et de statut social, divorce, maladie). Ces consultants se considèrent comme étant « *en grande souffrance* » et consultent EAC depuis plusieurs années. La fréquentation d'EAC est hebdomadaire voire bi hebdomadaire pour certaines situations d'urgence.

Consultante : « *Moi, je me considère toujours comme malade, ce n'est pas le terme non, mais comme en grande souffrance, je suis dépendante de mon psy, on va dire. Vu comme je fonctionne oui (...) Je n'arrive pas à avancer. . Mais c'est comme ça, je pense que ça me suivra tout le temps ... à mon avis... »*

Consultant : « *En ce moment, en fait, c'est surtout le travail, c'est surtout le travail que me fait du bien, c'est surtout le travail que je recherche. En plus c'est plus facile de tisser des relations. »*

Pour ces personnes, la séance avec le psychologue occupe une place prépondérante dans leurs vies et un rôle premier parmi l'ensemble des relations sociales et familiales. De ce fait, au moment de l'entretien, la fréquentation est régulière et hebdomadaire.

ORS : *Justement quelle place, dans votre vie, tient aujourd'hui EAC ?*

Consultant : « *Nécessaire, c'est vraiment nécessaire. Je n'ai pas d'autres moyens. Je n'ai pas d'autres moyens pour m'en sortir. »*

Consultante : « *Aujourd'hui, c'est un pilier, s'il n'était pas là, je ne sais pas où je serais, il n'y a que lui qui me connaisse vraiment, à lui je lui dis tout ».*

La prise en charge psychosociale répond également à une souffrance d'ordre social et professionnel. Les consultants confrontés à des périodes de chômage de longue durée, cumulant les stages peu ou pas rémunérés, évoquent un sentiment de déclassement et de marginalisation. Le chômage entraîne une dégradation du niveau de vie, un affaiblissement des liens sociaux (réseau amical, collègues de travail) et une marginalisation vis-à-vis des autres personnes actives. C'est pourquoi, la réduction de liens sociaux donne une importance accrue aux liens avec le psychologue d'EAC.

Consultant : « *Là, je dirais que j'en ai très gros sur les épaules. Là je suis dans une période de tension. Ce sont des tensions provoquées par l'extérieur... Avec le génie des réformes, je me retrouve au RMI depuis 15 ans.* »

Si le chômage, le déclassement et la précarité économique et sociale peuvent être générateurs de mal-être, certains dispositifs d'insertion sociale inappropriés peuvent contribuer à aggraver la souffrance perçue. Les consultants n'ont pas tous eu de relations conflictuelles avec les dispositifs d'insertion sociale mais évoquent leur inadéquation avec leurs situations socioprofessionnelles et l'échec prévisible de ces actions. L'importance accordée à la liberté de parole par les consultants (dans le cadre d'une prise en charge psychosociale) s'oppose aux dispositifs d'insertion sociale où il faut « *jouer un rôle* ». Face à cela, EAC représente comme un « *espace de liberté* » où la parole n'est pas orientée selon les attentes des institutions d'insertion socioprofessionnelle.

Consultant : « *Pour venir ici, je dirais que j'en avais pris plein la figure. J'avais besoin d'un regard extérieur et un regard qui ne dépend pas d'institutions, avec un regard qui peut être faussé. Comme avec les psychologues de l'AFPA. Ce sont des gens avec des moyens limités, expéditifs. Des gens à la CAF ou l'ANPE, qui ont un regard orienté et je dirais qui peuvent, plus ou moins, ne pas être neutres. Alors qu'ici, on peut dire la vérité, on est plus libre. Les séances sont plus longues aussi. Alors qu'ailleurs, on privilégie des cures courtes, c'est à dire celles qui se pratiquent plus ou moins aux États-Unis. Les thérapies cognitives et comportementales, des choses comme ça qui n'apporteraient rien. Il s'agit, je dirais, de replâtrer des gens pour qu'ils ressemblent au modèle général. Est-ce que c'est une solution ? Je ne crois pas.* »

ORS : *ici c'est le contraire, c'est bien différent?*

Consultant : « *voilà c'est à dire que ici ça permet de ne pas avoir à jouer un rôle, jouer un rôle de personne qui veut s'en sortir et pour se présenter pour tout ça... Toutes ces billes et toutes ces fadaïses. Ici, on peut déjà arriver tel qu'on est et après, essayer de travailler autre chose. On n'a pas besoin, justement, de jouer un rôle. Alors qu'on est obligé de jouer un rôle que ce soit devant l'AFPA, ou leur psychologue* »

Consultante : « *C'est génial : tu es toujours bien accueilli ici. Moi, qui ai été suivie par une conseillère en insertion et bien, avec cette femme, je lâchais très vite, elle n'est pas psychologue mais elle voulait me dire comment je dois gérer mon budget, qu'il fallait mettre de l'eau de toilette ou un déodorant quand je me présentais pour un entretien. J'ai dit : « vous avez vu l'âge de que j'ai, vous voyez bien comment je me présente, je n'ai pas besoin de ce genre de choses. Donc, je les ai largués assez rapidement. Car, ça atteint le moral ça aussi, et puis j'ai besoin de quelqu'un qui me suit et quelqu'un qui m'aide.* »

► **La prise en charge psychologique normalisée**

Si certains usagers ont été confrontés à des attitudes stigmatisantes par leur entourage, ils parviennent à mettre à distance ces critiques et à retourner ce stigmate en revendiquant l'intérêt et l'utilité des dispositifs comme EAC. La fréquentation régulière de la structure et les bénéfices perçus leur permettent de généraliser l'apport de la prise en charge psychothérapeutique.

Consultante : « *Moi, je pense que beaucoup de gens auraient besoin d'une psychothérapie, beaucoup plus qu'on ne le croit. C'est d'ailleurs dans l'intérêt tous de*

le faire. Il faudrait bien plus d'endroits comme celui-ci. Les gens vont mal, ils vont très mal, mais souvent ils ne s'en aperçoivent pas. »

3. Du suivi individuel aux activités collectives

L'ensemble des personnes interviewées privilégie une prise en charge psychothérapeutique individuelle. Toutefois, ce type de suivi n'exclut pas la participation à des activités collectives. De nombreuses études ont associé psychologisation et individualisation, en démontrant et dénonçant les effets délétères sur les solidarités collectives. Face à cela, les expériences des consultants au sein d'EAC donnent l'exemple d'une tentative conjointe des consultants et des professionnels de lutter contre l'isolement et la désocialisation. L'expérience du mal-être, majoré par la précarité, a pour effet une réduction des liens sociaux et une tendance au repli sur soi. Aussi le maintien des liens est-il une préoccupation importante pour les psychologues et les professionnels sociaux.

Ainsi, plus de la moitié des personnes rencontrées est impliquée dans des activités collectives. Parmi elles, cinq ont été incitées et orientées par les psychologues d'EAC. Les autres ont participé à des activités collectives (sorties culturelles, randonnées) par les travailleurs sociaux. L'incitation à l'activité collective n'implique pas une participation immédiate. Il peut s'écouler un certain délai entre l'orientation et la démarche des consultants concernés. Toutefois le psychologue peut représenter un levier important dans la socialisation des personnes. Les consultants sont principalement orientés vers des activités récréatives et culturelles à l'égard desquelles ils adoptent différentes attitudes:

Pour certains enquêtés, les activités collectives, (lorsqu'elles répondent à leurs centres d'intérêts) génèrent une sociabilité nouvelle et étendue. Le travail psychothérapeutique réalisé en amont avec les psychologues permet, dans une certaine mesure, aux usagers de s'approprier ces groupes et de susciter un sentiment d'appartenance à un groupe. L'intégration réussie dans des collectifs témoigne pour les usagers de leur capacité à surmonter des difficultés relationnelles et d'une certaine « aptitude sociale ».

Consultant : « J'en ai parlé avec la personne qui me suit, et donc, on m'a conseillé, si je pouvais, justement ça m'aiderait d'avoir des contacts, même dans du sport, quelque chose dans des activités sportives...Et donc, pour ma part, moi, c'est le cyclisme. Et j'ai trouvé des structures où je peux sortir comme ça... Faire entre guillemets des courses, des sorties, des choses comme ça et c'est vrai que ça, ça aère l'esprit, enfin ça agit. Pour ma part oui, c'est le truc, là, et c'est vrai que j'ai fais les démarches par rapport aux séances que j'avais faites ici. C'est vrai qu'au départ je le faisais plus seul et je me sentais pas vraiment prêt à intégrer avec d'autres personnes, mais là, le groupe de cyclisme ça m'a montré que je suis capable et je me suis rendu compte que j'étais vraiment capable de le faire. C'est vrai, les séances agissent beaucoup là-dessus quand on parle avec les personnes qui me suivent... Et comme on rencontre plusieurs personnes, on connaît un peu tout le monde mais il y a toujours des affinités plus avec un club en général. On a commencé, on a mis des contacts et tout, dès qu'on rencontre un peu les gens dans des sorties mêmes personnelles on peut rencontrer des gens. ... on s'aperçoit que eux aussi ils nous aiment bien donc voilà c'est vrai que ça, ça fait du bien. »

Consultante : « Elle m'a parlé de faire du théâtre. Donc je vais reprendre.

J'ai commencé l'an dernier, en octobre et j'ai arrêté parce que je n'étais pas bien. A chaque fois j'y allais, il y a des moments de... de relaxation et j'étais en larmes à chaque fois. J'avais besoin de ça. Ça faisait du bien dans un sens...Donc, là, je vais reprendre. »

A travers certaines activités collectives, les consultants en situation de fragilité sociale et d'isolement (re)trouvent une forme de réhabilitation sociale et d'estime de soi. Insérés dans des groupes de sorties ou de loisirs, d'autres consultants concernés évoquent ces activités comme une

parenthèse ludique dans leur quotidien mais également comme un corollaire de leur insertion sociale. Les personnes en situation de précarité socio-économique ont conscience que certaines de ces activités s'inscrivent dans des dispositifs d'insertion sociale et que leur participation témoigne d'une démarche active d'insertion. Les personnes décrivent les liens créés dans le cadre de ces activités comme plaisants mais ponctuels, ne permettant de développer des relations plus approfondies.

Consultante : « Il m'en avait parlé, le psychologue, de me mettre dans une activité de groupe. Comme par exemple pour le permis. Comme une activité de groupe, ça me permettait aussi de voir autre chose que tout le temps être toute seule, en fait. C'est avec Aide et Conseil que j'ai eu cette motivation là. Avant, non. Là, j'avais vraiment envie de le faire pour moi, pour m'occuper de moi ! Et c'est pour ça, j'ai dit : « oui, je vais essayer de le passer ». Mais... il faut des financements. En fait, ici, comme c'est une association qui fait le permis. J'ai pensé que je pouvais l'avoir du premier coup en fait mais je pense aussi que c'est grâce aussi au psychologue d'un côté parce qu'il m'a permis d'y croire....Les premier temps, il m'a quand même bien détendu. J'étais moins stressée déjà. Puis, il a expliqué plus de choses qu'au code, on ne peut pas trop expliquer ce qu'on est et tout ça. Donc, ça m'a vraiment fait du bien. Je me suis prouvé que je pouvais le faire, pour moi. »

Consultante : « J'ai rencontré des copines là-bas, et puis, jusqu'à maintenant elles sont toujours là. C'est vrai qu'au départ j'avais peur parce qu'une fois à l'école est ce que ça va continuer à être ensemble ou...Ça va disparaître ça et en fait c'est ça dont j'avais peur. Et en fait non, on pouvait quand même s'appeler, se voir. »

Certains enquêtés se déclarent ne pas être prêts à rencontrer d'autres personnes ou ne se retrouvent pas dans les activités rencontrées.

Consultante : « De temps en temps, on aborde le sujet des groupes de paroles, mais, je ne suis pas encore rentrée dedans. Je pense que je ne me sens pas prête. Je sais même plus comment ça s'appelle alors... Par rapport à la violence des femmes. C'est mon psy qui me l'a proposé parce que c'est un sujet qui revient souvent. Il y a certainement matière à creuser. Non, même au niveau des loisirs, je n'ai intégré aucun club ou association. Si j'arrivais à le faire, oui, ce serait bien. Je ne suis pas prête à ça de toute façon. »

C. L'orientation et le recours aux professionnels de santé

Au-delà de la santé psychique, l'aide psychosociale peut influencer plus largement l'état de santé général et inciter au recours aux autres professionnels de santé (médecins généralistes et spécialistes, dentistes, ophtalmologistes). La prise en charge psychologique peut favoriser la motivation et la mobilisation des ressources personnelles pour aller consulter.

1. La définition de la santé

Dans l'ensemble, les enquêtés déclarent aller « mieux » voire « bien » et associent spontanément la santé au « mental » et au *bien-être*. La souffrance psychique a été abordée spontanément pour décrire leur état psychique passé ou présent. Elle traduit des sentiments d'anxiété, d'angoisse, de chagrin et de difficultés à réagir face aux événements de la vie.

Consultante : « Je suis quelqu'un qui souffre pas mal des nerfs, et quand on a des problèmes de nerfs alors on a des migraines, après on a des nausées et après on a des soucis avec le dos, et puis la cinquantaine ça n'arrange pas. La santé, je vois que quand on est seule et qu'on ne l'a pas. Moi je l'ai vu là, moi j'avais peur de ne pas pouvoir reprendre mon emploi, après l'opération parce que j'ai subi une

hystérectomie, donc tu ne bouges pas, j'étais affalée sur mon canapé. Moi, qui ne suis pas vraiment télé alors je regardais la télé pour les dix prochaines années j'ai l'impression. Je n'ai pas bougé et je me suis rendu compte, j'ai dit : « mince si tu ne peux pas travailler qu'est-ce tu ferais. »

Consultante : « La santé, outre la maladie il n'y a pas que ça. Il y a la maladie certes mais je pense que se sentir bien et dans sa tête et dans sa peau, c'est aussi important. Avec le mal-être, c'est l'envie de rien, on se sent vide en soi et ça aussi ça fait partie de la santé ».

Consultante : « Prendre soin de soi. Faire attention à ce qu'on est. À soi, à ce qu'on fait, à son bien-être en fait ».

2. Le recours aux professionnels de santé et de santé mentale

Si les usagers interrogés sont régulièrement suivis par les professionnels de santé, pour une partie d'entre eux, l'aide psychologique a contribué à renouer avec un parcours de soins antérieurement délaissé. Le renoncement ou le report des soins est fortement dépendant du coût financier et des ressources financières des personnes, mais il apparaît également lié à certaines fragilités psychologiques et sociales²². L'intégration sociale, les ruptures de vie, la perte de l'estime de soi peuvent s'accompagner d'une diminution du souci de prendre soin de soi et de mobiliser des ressources pour des soins médicaux. Le travail psychothérapeutique accompli dans le cadre d'EAC a permis à certains consultants de se mobiliser pour prendre soin d'eux-mêmes et recourir aux soins.

Consultante : J'avais besoin de me recentrer sur moi. Il y avait mes soins. Je vois pas mal de médecins. J'ai le gynéco, le pneumologue : je suis asthmatique et diabétique et ça on l'a découvert il y a pas longtemps. J'ai l'ophtalmo et le dentiste. Ça fait un an que je les consulte comme EAC, tout ça c'est arrivé en même temps en fait ça a été un déclic .j'ai dit : non ! Je ne vais pas continuer comme ça, ce n'est pas possible. Donc, je vais prendre une année, et ça prendra le temps qu'il faudra mais je vais d'abord me soigner puis après travailler derrière.

Dans certains cas, des usagers ont été directement orientés sur des professionnels de santé par les psychologues :

Consultant : « Après EAC, j'ai été voir le diabétologue, pour prendre soin de moi ; ça m'a aidé à me dire : tiens ! Là finalement j'ai besoin de voir le médecin » et de ne pas laisser trainer. »

ORS : Qui vous a orienté vers la sophrologie ?

Consultante : « La psychologue, ma psychologue... j'avais des réveils dus à des douleurs dentaires, sans caries d'ailleurs, des douleurs et puis j'avais besoin de me détendre, de me relaxer, je sentais que je n'étais pas bien... Puis même pour mon mieux-être aussi. C'est un plus. »

Concernant l'aide psychologique, la majorité des usagers rencontrés consultent uniquement les psychologues d'EAC. Seules deux consultantes articulent cette prise en charge avec celle d'autres professionnels (psychologue, sophrologue, médecin hypnotiseur, musicothérapeute).

²² BAZIN Fabienne, CHAUVIN Pierre, PARIZOT Isabelle, Enquête « Santé, inégalité et ruptures sociales dans cinq ZUS d'Ile-de-France », INSERM, 2001

CHAPITRE 2 : DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE ET/OU COLLECTIVE DE LA SOUFFRANCE PSYCHOSOCIALE. L'EXEMPLE DES ATELIERS BIEN-ÊTRE

I. DISPOSITIF DES ATELIERS BIEN-ÊTRE DE DEUX RÉSIDENCES CHRS

Si la prise en charge psychologique à EAC prend en compte les difficultés sociales des consultants, au sein des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), l'aide psychosociale est directement en lien avec la précarité des personnes accueillies. Les ateliers *Bien-être*, et plus précisément le travail sur l'estime de soi des résidents, sont des outils par lesquels les travailleurs sociaux identifient les problèmes d'ordre psychique des usagers et adaptent les solutions disponibles.

A. Présentation des deux Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)

Deux structures proposant une prise en charge psychosociale à travers des ateliers *Bien-être* ont été étudiées : la résidence de l'Écluse à Chalon-sur-Saône et ADEFO Blanqui à Dijon.

► *La résidence de l'Écluse*

La résidence de l'Écluse est un centre d'hébergement et de réinsertion sociale, localisé à Chalon-sur-Saône, qui accueille exclusivement les femmes avec enfants. La résidence dispose de 9 appartements individuels. Dans le cadre de cette prise en charge socio-éducative, l'aide psychosociale ne fait pas l'objet d'une prise en charge spécifique, mais s'inscrit dans l'ensemble des activités proposées par l'Écluse. Pour les professionnels comme pour les femmes interrogées, la prise en charge psychosociale repose sur un ensemble d'activités collectives et individuelles : des activités créatives en groupe ou individualisées (atelier photographie, peinture, jardinage) aux ateliers « *Bien-être* » en séances individuelles.

Les ateliers « *Bien-être* » proposés aux résidentes et anciennes résidentes se sont déroulés en deux temps :

- Un premier atelier a été mis en place en collaboration avec un centre d'apprentissage esthétique de Chalon-sur-Saône. Quatre résidentes accompagnées de leurs éducatrices, se sont déplacées et ont pu bénéficier de cette séance « *Bien-être*. »

- Un second atelier a été proposé au sein du CHRS, encadré par les éducatrices mais réalisé par une professionnelle extérieure. Dix résidentes et anciennes résidentes ont participé à ces séances

Suite à ces expériences, les éducatrices vont expérimenter en 2011 un atelier *Bien-être*, encadré et réalisé par une des éducatrices.

La prise en charge socio-éducative et psychosociale des résidentes mobilise une équipe pluridisciplinaire composée de la directrice, des éducatrices, d'une assistante sociale et d'une psychologue exerçant à temps partiel et ne prenant en charge que les enfants des résidentes. Concernant l'accès aux professionnels de santé et de santé mentale, les résidentes sont orientées sur des praticiens extérieurs à la structure.

► *L'association ADEFO Blanqui à DIJON*

Le CHRS ADEFO Blanqui est situé à DIJON et s'adresse aux familles avec enfants : des couples, des femmes ou des hommes isolés avec enfant. La structure dispose de 24 appartements individuels et est divisée en plusieurs services dont le service insertion, au sein duquel se déroule l'atelier *Bien-être*. Le service d'insertion est subdivisé en deux pôles :

- Le pôle suivi où les résidents sont accompagnés par deux éducatrices spécialisées et une assistante sociale.

- Le pôle hébergement où deux techniciennes en insertion sociale et familiale (TISF) accompagnent les familles dans leur vie quotidienne. Ces professionnelles mettent également en place des activités collectives auprès des résidents, dont l'atelier *Bien-être*.

L'atelier *Bien-être* se déroule tous les premiers lundi du mois et réunit entre quatre et cinq résidentes.

Au sein du CHRS, les résidents peuvent également consulter et être suivis individuellement par un psychologue, exerçant à temps partiel sur l'ensemble des services d'ADEFO. Les familles ont également la possibilité de recourir à un médecin généraliste et un pédiatre, présents sur le site de l'ADEFO une fois par semaine.

B. Les pratiques de la prise en charge de la souffrance psychosociale par les ateliers *Bien-être*

Dans le cadre des CHRS, l'aide psychosociale est essentiellement orientée sur les problématiques sociales des résidents. La souffrance psychique sur laquelle interviennent les professionnels sociaux est à la fois sociale et composite. Il peut s'agir par exemple d'une impossibilité à sortir de son domicile ou d'une demande d'emploi inenvisageable. Cette souffrance psychosociale est interprétée par les intervenants sociaux sous l'angle de la perte de l'estime de soi qu'il convient de réhabiliter. Dans ce contexte de précarité, le corps des résidents occupe également une place singulière dans la prise en charge de la souffrance psychosociale. Révélateur des situations d'exclusion qui perdurent et des vies qui basculent, il est à la fois une des dernières ressources de survie et une source de mal-être. C'est pourquoi, les institutions d'assistance prennent de plus en plus en compte le corps des résidents dans le travail sur l'estime de soi. Pour cela, les ateliers *Bien-être* constituent une modalité de l'intervention sociale pour appréhender le mal-être des résidents et notamment la revalorisation de soi par une prise en compte du corps des participantes.

1. Les ateliers *Bien-être* et les autres activités collectives : des outils complémentaires

Afin de saisir la spécificité de ces ateliers, il est important de comprendre dans quel contexte ils interviennent.

Au sein des deux CHRS sollicités, le soutien psychosocial se décline à travers différentes activités. Si les ateliers *Bien-être* constituent des outils récents et exemplaires de la prise en charge psychosociale, ils prolongent un travail permanent et quotidien d'aide psychosociale. Il existe ainsi un continuum de pratiques psychosociales entre les ateliers *Bien-être*, les entretiens individuels et les autres activités créatives ou socio-éducatives proposées aux résidents. A cet égard, les ateliers *Bien-être* ne se substituent pas à ces activités mais constituent des outils complémentaires.

► **Les activités collectives : entre prise en charge socio-éducative et soutien psychosocial**

Les professionnels s'appuient ainsi sur des supports variés tels que des activités culinaires, des projets culturels et des ateliers récréatifs. Ces animations régulières offrent des apprentissages gratuits qui visent à restaurer un état de bien-être, le développement des compétences personnelles ainsi qu'une ouverture culturelle.

• **L'atelier culinaire**

À ADEFO Blanqui, en dehors de l'atelier *Bien-être*, les activités collectives s'organisent principalement autour des sorties en groupe ou individuelles et de l'atelier culinaire encadrés par la technicienne d'intervention sociale et familiale (TISF). Si les sorties permettent aux résidents de profiter de moments récréatifs, les ateliers culinaires ont des objectifs socio-éducatifs plus marqués visant à encadrer le résident dans son quotidien (activités ménagères, nutrition). Cet atelier est pris en charge par l'une des deux TISF du service insertion et a lieu deux fois par mois dans le cadre du pôle hébergement. Il est proposé voire fortement conseillé à des résidents présentant des problématiques alimentaires importantes (surpoids, obésité, boulimie, anorexie). S'il se réalise en groupe, composé majoritairement de femmes, il peut également se dérouler au domicile (appartement individualisé) selon les difficultés repérées chez un(e) résident(e). Ce travail socioéducatif insiste sur l'apprentissage d'habitudes alimentaires équilibrées et l'initiation à la nutrition. Contrairement aux autres activités (entretiens individuels, atelier *Bien-être*), l'aspect psychosocial est plus lointain. Le thème de l'alimentation peut néanmoins servir de relais pour approfondir ultérieurement avec la personne l'image de soi ou les difficultés familiales et sociales.

Professionnelle ADEFO Blanqui : *« C'est tout ce qui touche à l'alimentation, apprendre à faire un plat, se poser à table pour manger et pas seulement devant la télé avec une boîte. On fait aussi très attention à l'équilibre alimentaire »*

Au sein de l'Écluse, différentes activités sont proposées aux résidents :

- Des sorties et des projets socioculturels avec des intervenants extérieurs
- Des ateliers réguliers en groupe ou individualisés selon les situations personnelles des résidentes.

• **Les projets socioculturels**

Ces projets sont encadrés par les éducatrices et font intervenir des associations de quartier et des artistes (photographes, réalisateurs). Les résidentes intéressées ont ainsi participé à la réalisation d'un court métrage sur le CHRS de l'Écluse, à la mise en scène d'un spectacle de marionnettes ainsi qu'à la création de portraits photographiques. Outre l'ouverture culturelle proposée, ces projets favorisent les liens sociaux entre les résidentes, les habitants et professionnels des quartiers d'une part et valorisent les réalisations des participantes non seulement au sein de l'Écluse mais au sein des quartiers et plus largement de la *Cité* d'autre part.

Professionnelle Écluse : *« Il y avait déjà un atelier qui avait commencé avec des femmes du quartier. C'était un spectacle de théâtre, un théâtre de marionnettes où chaque femme avait pu participer à sa manière, soit en faisant des costumes soit en faisant des masques. Il y avait des séances de maquillage. Donc, moi j'ai pris en route mais nous nous sommes aperçues que ces femmes, longtemps après, pouvaient en reparler, parce qu'il y a eu deux spectacles publics. Ça les avaient marqué car elles avaient été valorisées dans leurs quartiers... elles me disaient : « on me reconnaît » c'est, quelque part, « j'existe ».*»

Professionnelle Écluse : *« On a été sollicités à partir du moment où on a fait cette exposition. On a contacté des partenaires extérieurs et on a été sollicités pour faire un*

film. Et là, par contre, il y a eu une présentation puisque c'était quelqu'un d'extérieur qui est venu. Il y a eu une présentation auprès de toutes les résidentes avec une explication du projet et voir celles qui étaient intéressées. Il y a eu ces films qui ont été présentés à tout le monde et à l'extérieur. Au départ, ce n'était pas forcément prévu comme ça. C'est comme pour les photos, au départ il n'était pas question de faire un vernissage au musée et ça c'est terminé comme ça. Et le summum c'était quand même le vernissage de quatre photographes. Cette exposition était au même titre que les photographies exposées en temporaire ou de manière permanente au musée. C'est ce fil rouge de transformation, et partout dans les ateliers, il y a un processus de transformation. »

- **Les ateliers d'arts plastiques, de photographie et d'écriture**

Selon leurs domaines de compétences, les éducatrices prennent en charge des ateliers collectifs centrés sur le dessin, la peinture, les arts plastiques ou encore la photographie. Tout en étant récréatives, ces activités artistiques comportent une dimension psychothérapeutique. L'aide psychosociale par l'écoute s'accompagne d'une réhabilitation psychosociale par le regard et la création. Les références psychologiques sont d'ailleurs explicites. Le travail sur l'estime de soi passe par le regard sur soi à travers la réalisation d'un tableau ou d'une photo.

Professionnelle Écluse : « Nous savons exactement ce qui se passe, et ça permet, par exemple, face aux montées d'émotions que ce soit accompagné après les jours suivants. Parce que ça vient toucher des blessures qui sont bien à vif et du coup ça s'inscrit totalement dans l'ensemble de l'accompagnement. J'avais quelqu'un qui était toujours dans la reproduction des mêmes choses de sa création graphique et lorsque j'ai essayé de l'emmener plus loin ça a complètement bloqué et elle a arrêté les séances. Et ce qui est intéressant c'est qu'elle a repris avec un autre support, la photographie, elle a pu continuer toute seule en parallèle chez elle. »

En outre, la pédagogie instituée au sein de ces ateliers créatifs articule développement personnel et engagement dans une démarche collective. Les bénéfices de ces activités se perçoivent ainsi sur la qualité des échanges entre résidentes, éducatrices et intervenants externes et une reconnaissance sociale valorisante vécue par les résidentes.

Professionnelle ADEFO Blanqui : « Souvent la réalisation n'est pas mal mais ça ce n'est pas l'objectif premier, c'est ce qui va se passer entre nous pendant cette séance et entre elles et le support. Il y a eu une exposition qui a tourné sur deux lieux. Mais encore une fois ce n'est pas l'objectif premier. On passe de la « simple » prise de vue à l'ouverture au monde, et d'avoir un regard ailleurs que sur soi, un regard extérieur sur soi, ça change les choses ».

- **L'atelier de « jardins psychologiques »**

Une des éducatrices a mis en place une activité de jardinage avec les résidentes. Cette activité de loisir a pour but de développer le sens de la coopération entre les résidentes et de sensibiliser les femmes aux thèmes de l'écologie, de l'environnement. Parallèlement à ces apprentissages, cet atelier apporte un soutien psychosocial puisqu'à travers le jardinage, l'éducatrice travaille sur la relation mère-enfant, la transmission générationnelle ou encore les souvenirs d'enfance des résidentes.

Professionnelle Écluse : « Dans le quartier, il y a des jardins psychologiques, des parcelles pour les familles. Ce sont des jardins de particuliers et il y avait un projet avec les fonds sociaux européens, et ce projet ne pouvait aboutir que s'il y avait des parcelles psychologiques avec les familles. Il restait une parcelle. La maison de quartier, donc, nous a proposé de voir si on était intéressées. On s'est rendu compte très vite que c'était un endroit de tranquillité, de nature : on est ailleurs. En général, on y va avec les enfants mais il y a eu quelques jardins seuls avec les mamans. C'est

plus un temps parce qu'il faut se poser un peu, parler de leurs problèmes mais dans un autre contexte. A l'inverse, justement on ne parle pas du tout de ça. Ce sont aussi des souvenirs d'enfance, transmission, de partage et d'échanges aussi. Il y a des règles de rangement, de sécurité, d'écologie, de faire avec la nature. »

► **Les entretiens individuels**

Au sein des deux structures, les résidents sont suivis individuellement par les professionnels socio-éducatifs et les assistants sociaux. Ces entretiens sont réalisés par les éducatrices et les TISF, principalement sur rendez-vous et dans les bureaux ou les appartements individualisés. Ces entretiens proposent un accompagnement socio-éducatif, voire judiciaire, et visent la réinsertion et l'autonomie du résident. Lors des échanges interindividuels, les intervenants sociaux peuvent également proposer aux résidents une orientation vers les services sociaux ou de santé adaptés à leurs problématiques. Si la démarche est prioritairement sociale, l'écoute des éducateurs et des TISF relève aussi de l'aide psychosociale notamment concernant les situations de violences conjugales et psychologique. Les résidents peuvent ainsi s'appuyer sur l'attention et le réconfort des intervenants sociaux.

2. Sens de la prise en charge et spécificités des ateliers bien-être

Au regard de ces différentes activités créatives et socioéducatives, quels sont les apports spécifiques des ateliers *Bien-être* au sein de deux CHRS ? Parallèlement à une mission de réinsertion sociale et sanitaire, il s'agit pour les professionnelles d'amener des participantes fragilisées à réinvestir des émotions et ressources psychiques « ordinaires » comme l'estime de soi, le plaisir. Loin d'être de simples activités secondaires de la vie quotidienne, ces sentiments sont consubstantiels à l'équilibre psychosocial des résidentes, notamment quand prédomine un sentiment d'exclusion parmi ces femmes. Au cœur de ce dispositif, le corps des participantes est l'élément fondamental par lequel les liens sociaux et la confiance en soi et en autrui vont se recomposer.

► **La définition des ateliers Bien-être**

Les ateliers Bien-être constituent des espaces temps qui ont été expérimentés par les équipes sociales et éducatives des CHRS et qui proposent des pratiques corporelles comme le massage des mains, du visage ou encore des activités esthétiques, qui concerne exclusivement des femmes. Sous l'appellation d'atelier *Bien-être*, les pratiques observées sont relativement hétérogènes d'un CHRS à l'autre, adaptées au fonctionnement de chaque CHRS. Toutefois, au-delà de ces différences, ces ateliers présentent des points communs.

• **La dénomination des ateliers Bien-être : lever les appréhensions des résidents**

Devant la stigmatisation de l'offre de services psychologiques parmi les classes populaires, les intervenants sociaux sont soucieux de ne pas manipuler de vocabulaire « psy ». C'est pourquoi au sein d'ADEF0 Blanqui, l'équipe a privilégié l'expression « atelier *Bien-être* ». Cette dénomination a été préférée à celle, initialement prévue, d'atelier « *Estime de soi* », pour limiter les appréhensions des résidentes mais aussi pour mieux correspondre à l'esprit de convivialité de ces ateliers : chaleur, sourires, petit café offert lors de cette activité.

Professionnelle ADEF0 Blanqui : « Au départ, on avait appelé ce projet « Estime de soi », mais ça ne parlait pas ou trop au contraire. Donc ça n'allait faire venir personne...Et l'atelier esthétique, ça ne représentait pas forcément l'esprit de l'atelier, où c'est un moment à elles (...) Avant ce projet, la restauration de l'estime de soi ça passait par des actions ponctuelles comme le vestiaire (où les femmes peuvent choisir des tenues vestimentaires) ou sinon au domicile. Là, l'atelier Bien-être, c'est vraiment un moment pour soi, régulièrement. »

Pour les professionnelles de l'Écluse, la qualification du futur projet d'atelier est aussi une étape importante. Si le nom de l'atelier était encore à déterminer au moment de l'enquête, les professionnels le définissent par ce qu'il ne doit pas être : ni une séance de soin, fortement associée au médical, ni une séance de maquillage. Pour les professionnelles, le terme de « *Bien-être* » reflète au mieux l'idée centrale de cet atelier.

ORS : *Comment allez-vous appeler le prochain atelier, qui fera suite à ceux mis en place en 2009 ?*

Professionnelle Écluse : « *Je ne sais pas encore... Je ne suis pas tellement soin. Il y a un côté médical et « esthétique », je n'aime pas tellement non plus parce qu'il y a un côté maquillage que je n'aime pas du tout. Par rapport aux autres ateliers avec lesquels on a commencé, moi, j'aime bien l'idée de détente, de bien-être. La technique, on la mesure sur soi, sur les autres, l'idée que j'ai, c'est d'essayer de les amener à se recentrer sur elles, en étant accompagnées »*

► *Les fonctions des ateliers Bien-être*

Si les ateliers *Bien-être* permettent d'apporter du réconfort, de l'écoute au même titre que les activités créatives et les entretiens individuels, ils s'en distinguent par 4 fonctions.

- **La réhabilitation de l'estime de soi : un processus de transformation du regard sur soi**

Pour les professionnels, la précarité n'est pas seulement un cumul de difficultés matérielles, financières, mais constitue une situation subjective portant atteinte à l'estime de soi. Les intervenants sociaux observent que l'impossibilité de se soigner, la perte d'emploi et de logement peuvent générer un sentiment de dévalorisation de soi et une perte de repères. Face à cela, les ateliers *Bien-être* ont pour principale mission de « *restaurer l'estime et l'image de soi* »²³. Être autonome, savoir parler de soi, se présenter à un interlocuteur professionnel ou social (agences pour l'emploi, institutions sociales) font partie des normes d'apprentissages au sein des CHRS. Pour les équipes, l'objectif est de parvenir à une transformation de l'intériorité du bénéficiaire face aux événements difficiles. À travers cette référence explicite à la psychologie, le travail social exprime néanmoins une tension entre l'attention à la personne, à ces propres envies et désirs et les injonctions de l'insertion sociale (injonction à l'autonomie, à l'autoréalisation, à se comporter avec dignité, à réagir positivement). Les travailleurs sociaux rencontrés reprennent certaines exigences sociales qui pèsent sur la subjectivité de personnes démunies mais nourrissent une distance critique concernant l'employabilité, l'insertion sociale, le travail.

Professionnelle Écluse : « *On est vraiment dans l'idée de la transformation, transformer les choses. Elles sont toujours dans l'évolution, une femme comme madame X, à son arrivée, jamais je n'aurais eu l'idée de lui proposer des soins, mais un atelier bien être aujourd'hui c'est possible. L'atelier expression l'autre jour, elle m'a dit qu'elle voulait venir ça fait quand même un an qu'elle est arrivée. Au début, elle me disait que ce n'était pas du tout pour elle, à la limite pour sa fille parce qu'elle aime bien dessiner. Et l'autre jour, elle m'a demandé ce qu'on y faisait, si elle pouvait venir voir. C'est marrant de voir cette évolution. Il faut leur laisser du temps. Ça ira aussi avec l'accompagnement du soin. Ça sera à étudier, à voir tous ensemble. Il ne faut pas brusquer : on sent qu'on peut faire dix pas en arrière... »*

Professionnelle Écluse : « *On pense que c'est un préalable, on ne peut pas les forcer à se présenter pour avoir un boulot parce que elles vont tombées encore un peu plus bas d'où elles étaient. Nous on considère que c'est un préalable, car à partir du*

²³ Fiche présentation du projet Atelier *Bien-être*, ADEF0 Blanqui

moment où elles peuvent se regarder en photo, dans la glace reprendre soin d'elles, elles ont beaucoup plus de chances. Et il y en a plein qui travaillent maintenant. Tout ça c'est fait pour les aider à se retrouver. »

- **Renouer avec la notion de plaisir : une pratique socialement située**

A travers les ateliers *Bien-être*, les professionnels ont pour objectif de favoriser la prise en compte du plaisir comme une ressource et une « force ». Contrairement aux activités socio éducatives de suivi où il s'agit de repérer les problèmes de gestion budgétaire, d'éducation des enfants, en adoptant une approche plus directive, les ateliers *Bien-être* insistent sur l'idée de retrouver les plaisirs oubliés dans un contexte de précarité. Par ailleurs, le plaisir procuré est immédiat et ne nécessite pas l'apprentissage de savoirs ou des qualités pré requises. Au-delà de cet intérêt, il convient de resituer socialement cette attention au plaisir et au principe de « prendre soin de soi ». Ces pratiques autour du soin de soi sont plutôt répandues dans les classes sociales supérieures et les classes moyennes, auxquelles appartiennent les intervenantes sociales et qui là se diffusent aux femmes des CHRS, plutôt issues des milieux populaires. Si ces dernières connaissent ces pratiques, elles les expérimentent pas ou rarement.

Professionnelle Écluse : « L'idée était d'aider ces femmes à trouver ou retrouver du plaisir. Parce que c'est une chose qui n'est pas à l'ordre du jour quand elles arrivent ici. L'idée de plaisir est très loin derrière les enfants, derrière les problèmes et les choses à régler. Il nous a semblé important pour elles et leurs enfants de découvrir ou redécouvrir les notions de plaisir, de faire l'expérience de prendre soin d'elles et de se découvrir en étant accompagnées, pas toutes seules. »

Professionnelle Écluse : « L'objectif c'est vraiment du plaisir. C'est quelque chose qu'elles connaissent déjà mais qu'elles ont oublié. Quand elles arrivent, elles sont parfois dans une phase de dépression importante. Du coup, ça participe à leur santé, ça donne de la force. C'est là-dessus qu'on prend de la force. On ne prend pas de la force en parlant de ses problèmes. »

- **Aborder l'intimité**

Même si les activités quotidiennes de suivi et d'hébergement tissent des liens sociaux profonds, les échanges au sein des ateliers *Bien-être* s'étendent au-delà de la relation professionnel /usager. Les ateliers *Bien-être* abordent l'intimité de la personne en établissant un contact physique (massage du visage et/ou des mains) avec la participante. Le corps de la participante devient un élément majeur de l'aide psychosociale et tend à resserrer les liens de confiance avec l'intervenante sociale. Le corps, le visage constituent des supports biographiques à partir duquel les femmes se racontent. L'atelier *Bien-être* génère, dans une moindre mesure, un attachement supplémentaire aux professionnelles. De par cette intimité, les relations nouées se rapprochent de l'attachement qui lie une personne à un groupe d'amis voire à sa famille. Une des professionnelles associe d'ailleurs une dimension « *maternante* » au futur projet d'atelier *Bien-être*.

- **Lutter contre la stigmatisation sociale des corps « précaires » et réinvestir l'idée de féminité**

Pour les professionnelles, l'atelier *Bien-être* répond aussi aux problèmes de stigmatisation des personnes en situation de grande précarité. Des études récentes ont montré que le corps des plus démunis attire le regard, quels que soient les sentiments qu'ils génèrent (pitié, curiosité, évitement)²⁴.

²⁴ DAMBUYANT WARGNY Gisèle, *Quand on n'a plus que son corps, Soins et non soins en situation de précarité*, Paris, 2006, Armand Colin, 236 p.

Les maltraitances, la maigreur ou l'excès de poids, l'absence ou l'insuffisance de soins, ou encore l'attitude, l'allure révèlent la précarité et peuvent faire l'objet de remarques vexatoires. Ces formes de stigmatisation peuvent être blessantes et facteurs de souffrance psychique. Face à cela, les résidentes comme les professionnelles sont soucieuses de maintenir une image « *socialement acceptable* ». Ces ateliers, vont, dans une certaine mesure normaliser l'apparence physique, tenter d'effacer les traces de la précarité, et ce d'autant plus, que pour des raisons historiques, politiques, sociétales, pèsent sur les femmes, des exigences plus importantes sur l'apparence physique. Tel est le cas des séances de maquillage qui, pour les professionnelles et les résidentes rencontrées, demeure un signe de distinction culturelle et sociale de la féminité. Au-delà des considérations esthétiques, il s'agit de redéfinir une identité sociale éloignée d'une certaine figure de la précarité et notamment celle du « *cas social* ». Si ces ateliers visent la revalorisation de l'image de soi, ils contribuent à renforcer les liens entre féminité et insertion sociale. Grâce aux liens moraux, affectifs entre les participantes et les professionnels, la personne n'est pas systématiquement réduite à ses caractéristiques physiques. Toutefois, ces activités sur l'image de soi interrogent plus largement les conditions pour retrouver, durablement, sa place dans le monde du travail et la société. Faute d'apporter des réponses en créant des emplois, ces activités *Bien-être* contribuent, dans une certaine mesure, à expliquer à ces femmes que ce n'est pas le travail qui fait forcément défaut mais leur apparence qui constitue un frein à leur emploi.

Professionnelle ADEFO Blanqui : « *Pour certaines, ça leur évite aussi les étiquettes. Se voir belles, soignées, pour elles, ce n'est pas négligeable quand elles sortent et, pour elles-mêmes. Elles le disent : « Au moins, avec le maquillage, il n'y a pas marqué « cas social », les gens ne se retournent pas derrière vous ».*

Professionnelle ADEFO Blanqui : « *Et puis se voir en tant que femme et pas seulement en tant que mère ou personne en difficulté, ça change le regard sur elle-même et par rapport aux autres.* »

- **Articuler *Bien-être* et problématiques de santé**

Face à des publics en situation de précarité quasi permanente, les ateliers *Bien-être* représente un support de réhabilitation sociale et sanitaire des résidents. Dans la structure accueillant des professionnels de santé au sein des services, l'atelier *Bien-être* devient une « *passerelle* » pour appréhender les thématiques de l'hygiène et de la santé avec les participantes. À ADEFO Blanqui, un travail important de coordination lie les deux TISF en charge des ateliers *Bien-être* et la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). L'atelier *Bien-être* représente un relais pour aborder la question de l'hygiène buccodentaire. La santé et, a fortiori, la santé buccodentaire sont des sujets qui peuvent susciter un sentiment de défiance pour les personnes en situation de précarité. Les intervenants sociaux sont dès lors confrontés à des refus ou des évitements. Deux principales raisons expliquent ces attitudes. Premièrement, ces publics sont fréquemment confrontés aux obstacles financiers, aux attitudes stigmatisantes de la part de certains praticiens (refus de la CMU, prestations « au rabais », dépassement d'honoraires, remarques vexatoires sur l'état dentaire, peur de la douleur). Deuxièmement, cette action de prévention de la santé buccodentaire introduit du contrôle médical dans les liens affectifs et le soutien apporté aux résidentes, ce qui peut brouiller le message de détente et de *Bien-être*. Face à cela, des recherches²⁵ ont souligné que des personnes socialement fragilisées ont besoin d'un soutien émotionnel pour faire face à leur situation, leur maladie et accepter des traitements médicaux. Le cadre « esthétisant » de l'atelier *Bien-être* et les liens de confiance entre participantes et TISF incitent à engager la démarche, mais sans la garantir. Les professionnelles comptent ainsi intéresser les participantes à la santé bucco dentaire en évoquant les thèmes du maquillage des lèvres, de la bouche et du sourire. En outre, à travers une approche valorisante et bienveillante des résidentes, il s'agit de dissocier les prestations de soin proposées par

²⁵BRESSON Maryse, DEMAILLY Lise, *Les modes de coordination entre professionnels dans le champ de la prise en charge des troubles psychiques*, Rapport pour la MIRE, IFRESI-CLERSE-CNRS Lille, Janvier 2005

la CPAM de l'image d'une « *médecine de pauvres* », représentations fréquemment répandues parmi les bénéficiaires de la CMUc.

Professionnelle ADEFO Blanqui : « *Ce n'est pas juste se faire belle. On insiste sur le côté hygiène et notamment l'hygiène de la bouche. C'est important. On a un projet buccodentaire avec l'atelier CPAM. On va s'appuyer sur l'atelier Bien-être pour accrocher les femmes sur le thème des dents. En partant des lèvres, du sourire, on parlera progressivement de la santé des dents. On fera intervenir un dentiste pour un diagnostic et avec lui on pourra proposer ce qui est possible avec la CMU* ».

Professionnelle ADEFO Blanqui : « *Là aussi avec l'atelier Bien-être on va faire le lien avec l'atelier CPAM, mais de façon adaptée, sous forme de jeux* »

À travers l'aide psychosociale en lien avec la précarité inclut une dimension sanitaire « classique » conformément aux recommandations sanitaires communément acceptées, les intervenants sociaux intègrent conjointement une dimension globale et émotionnelle de la santé, proche de la définition de l'OMS²⁶, fondée sur dimension émotionnelle de la santé, synonyme de « *mieux-être* » et de « *joie* », et une incitation voire une injonction se soigner.

Professionnelle Écluse : « *Le bien-être après c'est général mais c'est aussi bien le mental que le physique. (...) J'ai entendu il n'y a pas très longtemps dans une conférence une personne qui parlait de la santé chez les Sumériens, c'est vraiment une civilisation très ancienne, et chez les Sumériens les trois facteurs de santé étaient : le pardon, la gratitude et la joie. Je trouvais que c'était assez extraordinaire mais cette histoire de se pardonner à soi-même, d'être en bienveillance avec soi-même. La gratitude c'est de savoir apprécier ce qui va bien donc c'est un peu ce qu'on fait ici, c'est-à-dire de s'appuyer non pas sur ce qui ne va pas mais on va s'appuyer sur ce qui est solide. Après on va pouvoir développer le bien-être, le mieux-être et la joie et aller vers la joie.* »

► *Le public des ateliers Bien-être*

La description du public accueilli s'appuie sur les déclarations des professionnelles interviewées, elle ne saurait correspondre à un état des lieux statistique des résidents et participantes aux ateliers *Bien-être*. En revanche, les propos recueillis livrent un aperçu de la façon dont les professionnels perçoivent ce public.

Les participants des ateliers *Bien-être* ne sont pas socialement différents du public accueilli au sein des CHRS. Ces ateliers réunissent des personnes ayant vécu des situations de ruptures, confrontées à la précarité économique et sociale, sans emploi ni logement. Les familles cumulent les problèmes sociaux et familiaux. Certaines enquêtées ont par ailleurs subi des violences conjugales ou familiales. Une des caractéristiques distinctives est la composition exclusivement féminine des participants dont l'âge varie de 18 à 45 ans. Les différences se situent également entre résidentes et anciennes résidentes. Globalement, ces dernières avaient retrouvé un emploi ou suivaient une formation qualifiante et disposaient d'un logement personnel au moment de l'enquête. Les professionnelles des deux CHRS soulignent l'évolution du profil des personnes accueillies. Plus jeunes et plus précarisées voire « *en manque de repères* », les femmes prises en charge connaissent des trajectoires d'insertion et de placements plus étendues dans le temps. Les éducatrices spécialisées et les TISF notent qu'il s'agit d'un public ayant déjà fait l'expérience des placements et de la vie en foyer durant l'enfance.

²⁶ Selon l'OMS, la santé n'est pas un objectif en soi mais un moyen, « *une ressource qui permet à un individu ou à un groupe, d'une part de réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, d'autre part, d'évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci* » (OMS- 1986). C'est encore la « *(...) capacité physique, psychique et sociale d'une personne d'agir dans son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer.* » (1991)

Professionnelle de l'Écluse : « On voit des jeunes mères où la violence était dans l'enfance. Avant, les femmes avaient déjà quarante ans. Au niveau de l'emploi aussi ça a changé, car il y a moins de travail et puis, elles sont moins formées. Elles ont encore moins accès que les autres. Ça va peut être mieux au niveau logement, en tout cas ici. Quand les personnes sortent de l'Écluse, elles ont toutes un logement autonome. »

Professionnelle de l'Écluse : « Ce n'était pas le même public, on avait des femmes plus âgées, qui avaient quarante ans qui avaient vingt ans de violence déjà, les enfants étaient grands. Je trouve qu'aujourd'hui on voit des jeunes qui ne savent rien, on dirait qu'elles n'ont aucune acquisition, elles n'ont pas de modèles. Il y a plus longtemps les femmes semblaient avoir plus d'aplomb, de compétences. Il n'y a pas de repères aujourd'hui. »

Au-delà des caractéristiques sociales des résidentes, les professionnelles prennent en compte l'état de santé psychique des participantes. A la différence d'EAC, les ateliers *Bien-être* n'ont pas vocation à gérer des états de crise. Aussi, « l'équilibre » psychique des résidentes est un critère tacite pour participer aux ateliers. Concernant le futur atelier *Bien-être* à la résidence de l'Écluse, les professionnelles ont recueilli l'avis de partenaires psychiatres, et ne le proposeront qu'à certaines résidentes.

Professionnelle de l'Écluse : « Ce n'est pas tant un profil particulier, c'est plus un moment du séjour, peut-être un moment où la femme est déjà un peu passée à autre chose depuis son arrivée ici. Pas en état de crise, ça me semble évident, mais à un autre niveau de transformation. »

Enfin, la composition du public accueilli reflète les évolutions sociétales (la fragilité et la précarisation des emplois, une plus grande attention aux violences conjugales et familiales) et les transformations du travail social. Tout en prenant en considération l'augmentation quantitative des troubles psychiques, les intervenants sociaux remarquent que leur importance est également liée à la façon dont les problèmes sociaux sont de plus en plus identifiés et traités sous l'angle psychologique.

► **Les ateliers *Bien-être* : une évolution du travail social et un outil pour les professionnels**

La mise en place des ateliers *Bien-être* par les éducateurs ou les TISF correspond non seulement à la souffrance psychique des résidents mais également aux transformations du travail social. Face des demandes et des besoins d'écoute croissants de la part des résidents d'une part, et une attention accrue des politiques de santé publique pour la souffrance psychique d'autre part, le travail d'accompagnement se modifie et s'étend au-delà d'une prise en charge administrative et sociale. Ces ateliers *Bien-être* ne sont pas seulement « une nouvelle manière d'administrer la questions sociale »²⁷ mais un outil complémentaire pour communiquer et renforcer les liens au quotidien avec les résidents. Une des spécificités des ateliers *Bien-être* réside aussi dans le soutien qu'ils apportent, entre autres, aux intervenants sociaux.

Professionnelle Écluse : « Moi qui suis là, depuis dix huit ans, j'ai vu la mission restée la même, mais les moyens mis en place ont complètement changé. »

• **La spécificité de l'intervention sociale dans la prise en charge psychosociale**

L'évolution propre à la profession sociale traduit également l'évolution des demandes faites aux travailleurs sociaux par les politiques publiques, les institutions sociales et éducatives, les professionnels.

²⁷ FASSIN Didier, *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*, Paris, 2004, La Découverte

Professionnelle Écluse : « *On est quand même dans une société où on parle beaucoup de psychique. Peut-être même avant le physique. Nous, on influe, on aide. Il n'y a plus de moyen de faire ces prévention dans les écoles* »

La prise en charge de ces activités de *Bien-être* par les travailleurs sociaux reflète l'état des relations entre professionnels sociaux et psychologues. A travers ces ateliers *Bien-être*, les travailleurs sociaux légitiment leur intervention face à la souffrance psychique et la distinguent de celle des psychologues :

Premièrement, à la différence des psychologues, les éducatrices et TISF interviennent quotidiennement auprès des résidents; c'est pourquoi la prise en charge psychosociale nécessite des outils adaptés à cette situation pour répondre « au quotidien » aux difficultés de résidents en situation de précarité sociale.

Deuxièmement, cette prise en psychosociale par les travailleurs sociaux ne se fait pas contre la psychologie, mais parallèlement au travail des psychologues. Les études ou certains dispositifs validés et impulsés par les psychiatres, consistent fréquemment en des réponses apportées aux difficultés rencontrées par les travailleurs sociaux face à la souffrance psychique des usagers. Les ateliers *Bien-être* représentent, pour ces deux exemples, une réponse propre des professionnels sociaux qui sont des acteurs de 1ère ligne. Souvent interpellés pour repérer, orienter, ces professionnels se situent non plus seulement en amont mais au cœur de la prise en charge. Ces ateliers marquent une autonomie relative de fonctionnement des travailleurs sociaux dans le domaine psychosociale.

La coopération entre les éducatrices et la psychologue est particulièrement importante concernant la santé psychique des enfants des résidentes. Toutefois, compte tenu du temps de présence limité de la psychologue, les éducatrices disposent de relais extérieurs, auprès de psychiatres de CMP ou lors des séances de supervision.

Au sein du CHRS Blanqui, si la collaboration entre la psychologue et les éducatrices est quotidienne, les échanges avec les TISF se font davantage autour de situations particulières ou des cas de violences sexuelles. Les échanges sont également importants concernant les enfants des familles accueillies.

Professionnelle Écluse : « *Souvent les psychologues disent que ce qu'il se passe à l'intérieur de leur cabinet est dans un autre espace temps. Pour eux, on sait bien qu'une thérapie ça peut durer des années. C'est une autre réalité. Le travail social c'est quand même dans la réalité de tous les jours dans le quotidien, on est vraiment dans du concret alors que l'espace thérapeutique c'est vraiment autre chose car c'est très cloisonné. Un psychologue n'a pas besoin d'entrevoir la problématique sociale de la personne, de savoir ce qu'il se passe. »*

Au sein de l'Écluse, les activités de suivi et de *Bien-être* seront prises en charge par une même intervenante sociale. En tant qu'éducatrice, prendre en charge les activités de suivi et celle de *Bien-être* interroge la position du travailleur socio-éducatif face à l'utilisateur. Assurer un atelier *Bien-être* demande de concilier deux positions différentes à l'égard des résidentes : celle de référent socio-éducatif où les principes d'insertion guident les échanges avec les résidentes, et celle d'animateur *Bien-être*, où priment la détente et l'absence de contrepartie. La difficulté pour certaines professionnelles est de conserver des rôles clairement distincts auprès des résidentes suivies. Face à cette recomposition professionnelle, les intervenantes de l'Écluse adoptent deux points de vue.

L'atelier *Bien-être* pourrait être proposé aux femmes non suivies par l'éducatrice-animatrice *Bien-être*.

Professionnelle Écluse : « *C'est une médiation particulière parce que forcément je vais toucher au visage, je peux toucher aux mains et aux pieds c'est quand même particulier. C'est quelque chose d'assez maternant aussi, ça risque d'être aussi*

compliqué pour moi d'être comme ça avec une famille et le lendemain de lui proposer un point budget. Il va falloir qu'on réfléchisse à ça qu'on en parle. »

Faire confiance aux femmes pour distinguer les deux fonctions assurées par une même éducatrice.

Professionnelle Écluse : *« Mais elles font bien la part des choses parce que moi ça m'est arrivé de me retrouver avec une personne au niveau du point santé ça avait été plutôt musclé et en fait une fois qu'elle passe la porte et que le lieu est bien identifié parce que le lieu c'est extrêmement important, une fois qu'elle passe la porte elles sont dans autre chose, même au niveau de leur attitude, et on n'a pas cette casquette d'éducatrice ou d'art thérapeute. Elles viennent vraiment, elles sont dans un autre temps, un autre espace »*

Si des études récentes soulignent une « psychologisation du travail social plus ou moins imposée aux intervenants sociaux »²⁸, a contrario, la psychologie et notamment la présence des psychologues à leurs côtés, constituent une aide certaine. Les ateliers *Bien-être* ne représentent pas seulement un outil pour les résidents mais un support pour répondre aux difficultés des professionnels.

- Pacifier les relations interindividuelles entre résidentes

Selon les travailleurs sociaux, vivre dans un cadre collectif peut susciter des tensions entre résidents ou entre résidents et professionnelles. Face à cela, l'atelier *Bien-être* est, dans une certaine mesure, une ressource pour gérer les conflits en offrant un cadre détendu pour dissiper les malentendus.

Professionnelle ADEF0 Blanqui : *« Il y' avait deux femmes avec des problématiques très antagonistes. En dehors de l'atelier, ça pouvait mal se passer, mais là elles ont pu communiquer, à partir de leurs corps, et s'en rendre compte, elles se sont trouvé des points communs entre l'anorexie et la boulimie »*

- Mieux communiquer avec les résidentes

Certains sujets liés notamment à l'intimité, au domicile, aux violences sexuelles ou encore à la contraception sont difficiles à aborder avec les résidentes. La communication entre résidentes et professionnelles peut être temporairement interrompues. Dans certaines situations, le cadre des ateliers *Bien-être* est propice pour délier la parole sur ces sujets.

Professionnelle ADEF0 Blanqui : *« Il y' avait une dame, elle ne pouvait rien mettre sur sa peau, elle disait qu'elle était allergique, on lui a proposé d'aller voir le dermatologue, mais elle refusait toujours d'en discuter. Et elle est venue à l'atelier Bien-être, elle a commencé à m'en parler, à parler des violences qu'elle avait subies, ce qui créait des blocages dans notre travail quotidien »*

- Renvoyer un retour valorisant aux professionnels sociaux

La prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion s'étire fréquemment dans le temps. Ce rapport au temps, souvent décalé pour les personnes les plus démunies, nécessite une approche longue des travailleurs sociaux pour ouvrir des droits ou passer un contrat d'insertion.

²⁸ BRESSON Maryse, *La psychologisation de l'intervention sociale : Mythes et réalités*, Paris, 2006, L'harmattan, coll. Logiques sociales

La réhabilitation du corps (soins de santé primaires, soins dentaires etc.) et la réhabilitation sociale sont ponctuées de progrès et de ruptures. L'insertion est rarement linéaire. Pour les travailleurs sociaux, il est aussi difficile de mesurer l'évolution parcourue. Dans ce contexte, les ateliers *Bien-être* permettent d'avoir un retour immédiat et encourageant sur le soutien psychosocial apporté.

Professionnelle ADEFO Blanqui : « *On a tout de suite le retour, on voit les femmes sortir d'ici, elles rayonnent. On voit que ça a un impact, c'est tout de suite utile. Sur le temps, ça leur apporte quelque chose au fil des séances.* »

Les intervenantes sociales ont conscience des limites des ateliers *Bien-être*, qui n'occultent pas les difficultés sociales des personnes prises en charge. L'exclusion et la précarité restent des préoccupations objectives auxquels les dispositifs *Bien-être* ne peuvent apporter de solutions, mais permettent néanmoins de ré-introduire les liens sociaux et de contribuer à redonner aux bénéficiaires prise sur leur existence.

C. Les modes d'organisation et de fonctionnement des ateliers *Bien-être*

1. L'organisation de la prise en charge : priorité aux publics fragilisés

Si l'approche psychologique influence les pratiques de l'intervention sociale, les modalités d'organisation des ateliers *Bien-être* marquent la façon dont les intervenants sociaux adaptent cet outil « psychologisant » aux besoins des populations en situation de vulnérabilité sociale et selon le rôle du travailleur social auprès des résidents.

► *Des ateliers pris en charge par les intervenants sociaux*

Pour les deux structures, la mise en place des ateliers *Bien-être* est soutenue et organisée exclusivement par les travailleurs sociaux. De par les liens de confiance tissés avec les résidents, l'implication des travailleurs sociaux est fondamentale à la réalisation des ateliers *Bien-être*. Pour les personnes fragilisées, le référent social est souvent un « partenaire professionnel de vie ». L'encadrement et la prise en charge des ateliers *Bien-être* par les intervenants socio-éducatifs contribuent à rassurer les résidents et par conséquent à faciliter l'accès à cette activité psychosociale.

Professionnelle Écluse : « *Et à chaque fois, on a décidé ensemble, que ce serait accompagné par un membre de l'équipe, obligatoirement(...). Et puis quelque part, c'est pour les protéger un peu, c'est une sécurité.* »

Au sein de l'Écluse, toutes les professionnelles ont soutenu la mise en place des différents ateliers *Bien-être* en partenariat avec l'école d'esthétique et l'esthéticienne stagiaire extérieur. Les éducatrices ont notamment discuté de ce projet et accompagné la démarche. Les ateliers se sont déroulés de deux façons différentes. Une première fois, quatre résidentes se sont déplacées au centre d'apprentissage esthétique où elles ont été prises en charge par les élèves de l'établissement. La deuxième fois, une stagiaire en esthétique sociale, encadrée par les professionnels, s'est déplacée à l'Écluse et a proposé des séances *Bien-être* aux résidentes (une dizaine de résidentes et anciennes résidentes sur plusieurs séances).

L'atelier *Bien-être* proposé aux résidents d'ADEFO Blanqui est pris en charge par une des deux techniciennes d'intervention sociale et familiale et une esthéticienne bénévole. Selon les sujets abordés, l'atelier *Bien-être* peut accueillir et faire le relais avec les activités de l'atelier CPAM, menés par la deuxième TISF du service insertion et un animateur en éducation de la santé de la CPAM. Les

TISF ont pour mission d'effectuer « *une intervention sociale préventive, éducative et réparatrice à travers les activités d'aide à la vie quotidienne en direction des familles à domicile ou au sein des établissements sociaux* ». Cette profession fait partie des métiers du social qui se sont élargis, passant du lien familial au lien social en ayant recours à de nouveaux modes d'intervention collectifs (voire individualisés) tel que l'atelier *Bien-être*.

► *L'atelier Bien-être : une activité flexible et coordonnée aux activités de suivi*

La mise en place régulière d'un atelier *Bien-être* suppose une coordination harmonieuse entre les différents professionnels sociaux intervenant auprès des résidentes. Les activités d'hébergement nécessitent de s'articuler avec l'accompagnement social et administratif. La stabilité et le succès des activités *Expression de soi* et *Bien-être* auprès des résidentes sont ainsi fortement dépendants de la reconnaissance portée par l'ensemble des professionnels.

A l'Écluse, l'accompagnement socio-éducatif et les activités *Bien-être*, artistiques et *Expression de soi*, sont pris en charge par les éducatrices. Cette organisation nécessite dès lors que chaque éducatrice coordonne ses propres missions de référente sociale et d'animation d'une part et articule ses activités avec l'ensemble de l'équipe d'autre part. Cette coordination nécessaire permet aux résidentes de concilier leurs rendez-vous administratifs (recherche d'emploi, de logement, ouverture de droits), les tâches domestiques et les ateliers *Bien-être*.

Professionnelle Écluse : « *Le problème c'est qu'on ne peut pas avoir d'ateliers fixes parce qu'elles ont toutes des impondérables avec les enfants et l'école. Y a les formations, les rendez-vous médicaux. Il faut vraiment être souple au niveau des horaires des ateliers.* »

Professionnelle Écluse : « *À chaque fois, on a décidé ensemble, afin que ce soit toujours en cohésion avec ce qui se fait au quotidien avec ces femmes et éviter que ce soit quelque chose à part.* »

Au CHRS Blanqui, les activités du service insertion sont nettement différenciées. Les activités de suivi (accompagnement administratif, travail socio-éducatif sur le budget, le logement, l'emploi) et les activités d'hébergement, dont l'atelier *Bien-être*, sont respectivement prises en charge par les éducatrices et les TISF. Aussi, la reconnaissance par les éducatrices de l'intérêt de l'atelier *Bien-être* mené par les TISF a permis de garantir son maintien au sein du service insertion. A cet effet, un planning hebdomadaire a été établi afin que les différentes activités de suivi et de *Bien-être* ne se chevauchent pas.

Professionnelle Blanqui : « *Ce qui a été très important, c'est que tous les collègues ont pris conscience de l'importance de l'atelier Bien-être. L'atelier se déroule le lundi après midi et maintenant les éducatrices font en sorte de ne pas poser de rendez-vous le lundi après midi afin que les femmes puissent venir. On parle beaucoup avec le personnel de suivi et on est vraiment beaucoup soutenues par le personnel de suivi.* »

► *Les locaux*

A sein d'ADEF0 Blanqui, l'atelier *Bien-être* ne disposait pas de local propre au moment de l'enquête et se déroulait dans la salle multifonction, qui accueille les moments de détente, les fêtes organisées avec les professionnels et certains repas avec les familles des résidents. Le lieu a été choisi par la TISF pour sa quiétude afin de créer une atmosphère reconfortante et apaisante pour les participantes. Pour une des professionnelles, ce lieu, synonyme de convivialité et d'intimité, doit par conséquent être éloigné des regards des autres résidents et de l'agitation quotidienne de l'établissement. C'est pourquoi, après un an d'existence, l'atelier sera déplacé dans une salle destinée

à accueillir spécifiquement les activités bibliothèque et de *Bien-être*. Pour la professionnelle, il est important de préserver un cadre de confiance propice à la réhabilitation de l'estime de soi.

A l'Écluse, un des deux ateliers *Bien-être* et certaines activités collectives de jardinage ont été réalisées en dehors de la résidence. Accompagnées par les éducatrices, les participantes ont pu accéder aisément au centre d'apprentissage esthétique. Dans le futur d'atelier *Bien-être*, les séances se dérouleront au sein même de la résidence afin de proposer également un cadre de détente rassurant, préservant l'intimité.

► *Un encadrement progressif des ateliers Bien-être*

Les ateliers *Bien-être* expérimentés par les intervenants sociaux sont en cours d'élaboration pour les uns ou en phase d'observation pour les autres. Bien que récents et à l'avenir incertain, ces ateliers *Bien-être* sont progressivement encadrés par de la formation, de la supervision ou des évaluations internes.

• **La formation des professionnelles**

Dans le cadre des ateliers *Bien-être*, l'Écluse comme le CHRS Blanqui ont sollicité les compétences de prestataires-stagiaires extérieurs aux établissements. De ce fait, les professionnelles déclarent s'appuyer davantage sur des compétences pratiques et des connaissances acquises par observation des gestes des intervenantes extérieures que sur un savoir et un savoir-faire reconnu et qualifié. Les professionnelles impliquées ont souhaité ou envisagent de se former. Soutenues par leurs hiérarchies respectives, les professionnelles ont pu ou pourront bénéficier d'une formation pour consolider leurs connaissances et développer un savoir-faire technique.

A l'Écluse, dans le cadre du futur atelier *Bien-être*, une des professionnelles a bénéficié d'une formation en clinique esthétique, tandis que la TISF de la résidence Blanqui envisage une formation de conseillère en esthétique sociale. La prise en compte des besoins de formation marque une évolution pour ces ateliers : la reconnaissance par les pairs et la hiérarchie du bien fondé de ces ateliers dans le travail social. Ces formations ou projet de formation contribuent, en outre, à professionnaliser et légitimer les interventions *Bien-être* auprès des résidentes.

Professionnelle Écluse : « On en a parlé très longtemps. Moi, je ne voulais rien faire avant d'avoir suivi une petite formation. Donc, je suis partie en juin et on était tous convaincus que c'était quelque chose d'important (...). Il y a des théories mais ce n'est pas vraiment là dessus que nous avons travaillé. La formation était faite par trois psychologues, on a que cinq jours c'était très court, d'autant que chaque participante a abordé son projet d'atelier qui était déjà mis en place ou à venir. Donc, on a eu très peu de temps pour préparer ces projets-là. Mais grâce à ces formations, nous pouvons désormais mettre en place ce projet d'atelier Bien-être. »

Professionnelle ADEFO Blanqui : « J'ai vu qu'il y avait une formation de conseillère en esthétique sociale. J'envisage de la faire, mais avant j'aimerais consolider déjà ce que l'on fait (...) Avec cette formation, je pourrai participer techniquement à l'atelier Bien-être, être en concordance avec l'esthéticienne. Les résidentes voient que « Ah tiens! Elles ont le même discours aussi...ça aide »

• **La supervision**

Si l'organisation de la prise en charge des ateliers *Bien-être* repose principalement sur les travailleurs socio-éducatifs, quelle que soit la structure concernée, ces derniers ne sont pas professionnellement isolés et peuvent bénéficier d'appui intra disciplinaire et interdisciplinaire. Pour l'ensemble des activités mises en place (activité de suivi social, ateliers créatifs et *Bien-être*), les intervenantes sociales peuvent d'abord s'appuyer sur leur groupe d'analyse de pratiques. Cette supervision collective permet d'entrevoir de manière collégiale les difficultés psychosociales des

résidents et d'écouter, dans une certaine mesure, à la fatigue et la souffrance des intervenants socio-éducatifs.

Au sein de l'Écluse, cette supervision s'étend au-delà de l'établissement. Dans le cadre de leurs activités socio-éducatives, les éducatrices rencontrent ponctuellement un psychiatre du CMP. Cette coopération rapprochée confirme l'intérêt d'articuler des approches psychologiques au sein de l'intervention sociale, notamment auprès d'usagers en situation de vulnérabilité sociale.

Professionnelle l'Écluse : « *On a une psychanalyste qui fait la supervision de l'équipe. On a des personnes qui sont dans un état psychiatrique non traité, et là on nous dit qu'il ne faut surtout pas y toucher parce qu'on va ouvrir des choses. Donc, il faut être prudente et surtout par rapport à certaines femmes. La psychiatre nous dit qu'il faut faire attention parce que c'est trop douloureux et qu'il y a un mécanisme de protection qu'il ne faut pas démonter, donc nous avons aussi ces indicateurs-là qui sont importants.* »

• L'évaluation

Afin d'avoir un premier bilan sur les bénéfices et les limites de ces ateliers auprès des résidentes, la TISF d'ADEF0 Blanqui a procédé à une évaluation à l'aide de questionnaires auto-administrés par les participantes. Au-delà de la réalisation de cet « auto bilan », les professionnels sont soucieux de faire évoluer cet atelier et de produire des informations utiles pour apporter une visibilité et accroître la crédibilité de leurs activités auprès de l'équipe.

2. Du collectif à l'individuel : une modalité de fonctionnement adaptée aux résidents

Si, à l'origine, la forme des activités *Bien-être* est collective, leurs mises en œuvre au sein des deux CHRS alternent séance en groupe et séance individuelle.

Deux principes fondent ce mode de fonctionnement adapté.

- D'abord, pour les professionnelles et les résidentes rencontrées, le cadre collectif ne convient pas toujours pour parler de l'intimité et lever les appréhensions liées à la mise en évidence du corps.

Professionnelle Écluse : « *La jeune femme qui est venue faire cet atelier proposait en individuel et les femmes n'étaient pas obligées. Elle a expliqué aux femmes qu'elle connaissait l'Écluse.* »

- Par ailleurs, les travailleurs sociaux sont soucieux d'adapter les ateliers à certaines problématiques sociales ou médicales des participants. Les professionnels vont privilégier des interventions en individuel pour certaines participantes confrontées à des problèmes de confiance en soi. Pour les participantes fortement désocialisées, fragilisées, dont le corps a été fortement marqué par les ruptures sociales et la précarité, le collectif est également susceptible de générer de l'embarras social, de la honte.

Professionnelle Écluse : « *Moi, je vois ce futur atelier comme un moment individuel. Je ne suis pas pour en faire quelque chose de collectif. On aborde l'intime, on rentre en contact avec le visage ou les mains de la personne. La femme, elle a besoin de se poser. Ce n'est pas quelque chose qui doit se faire en groupe.* »

Dans ce prolongement, les problèmes de santé ayant des répercussions physiques, peuvent nécessiter, selon les professionnelles, une prise en charge individualisée de l'atelier *Bien-être*.

Professionnelle Écluse : « *En individuel, il y a parfois différentes situations comme des femmes qui ont des problèmes de santé(...)* » « *Ça peut être plusieurs situations, des*

problèmes d'addiction, des difficultés au niveau du geste. Donc, ça peut gêner si on tremble beaucoup, on n'arrive pas à poser son trait c'est quelque chose de difficile. Donc, là, je préfère les avoir dans un autre milieu quand c'est comme ça. L'objectif c'est vraiment du plaisir de quelque chose qu'elles connaissent déjà mais qu'elles ont oublié. »

Professionnel Blanqui : « *L'atelier est collectif, mais si on sent une difficulté chez la résidente, ça arrive, on va le faire en individuel au domicile. On va aborder le soin chez elle. L'atelier collectif peut ne pas convenir parce que certaines femmes vont avoir peur du jugement des autres. Après c'est arrivé aussi, on a commencé à faire cet atelier Bien-être au domicile, puis elle a rejoint le groupe. Ce n'est pas figé. »*

Par ailleurs, les limites au fonctionnement collectif peuvent être d'ordre matériel. L'activité collective demande des locaux suffisamment spacieux pour accueillir plusieurs participants. L'évolution des activités annexes, de la capacité d'accueil, et des professionnels présents, peuvent limiter la disponibilité d'un lieu.

Professionnelle Écluse : « *Alors avant, c'était beaucoup plus en collectivité, parce que nous avons un lieu propice à ça. Nous avons aussi un studio réservé aux ateliers où nous pouvions faire des séances en tout petit collectif. »*

Professionnelle Blanqui : « *Et puis on est limités par les locaux. Déjà, c'est une chance on a la possibilité de profiter de la salle multifonction. Et là, on est en train de transformer un local en salle détente. Elle est plus petite, ce qui fait qu'on reste aussi limités pour accueillir plus de monde, mais bon, là, ça va encore... »*

Le fonctionnement des activités *Bien-être* doit également s'articuler avec les obligations administratives, socioprofessionnelles, les démarches sociales des résidents.

À ADEFO, l'atelier *Bien-être* est proposé régulièrement à jour et heures fixes, tout en tenant compte des rendez-vous des résidentes.

Au sein de l'Écluse, la mise en place du futur atelier *Bien-être* fera l'objet d'un fonctionnement souple, où les jours et heures des séances varieront selon les disponibilités des participantes.

3. Les ateliers Bien-être : une existence fragile

Si les intervenants sociaux bénéficient du soutien de leurs hiérarchies pour mettre en place les activités *Bien-être*, ces ateliers sont récents et peu institutionnalisés. Actuellement, ces dispositifs sont à l'état d'expérimentation et ne bénéficient d'aucun financement propre. Leur maintien dépend de la volonté des intervenants sociaux. Sans reconnaissance institutionnelle, ni financière, la pérennité de ces ateliers est relativement fragile, en plus d'être chronophage pour les professionnels sociaux. Au-delà des moyens disponibles et des difficultés organisationnelles, les intervenants sociaux sont néanmoins déterminés à maintenir ces ateliers.

Trois difficultés de fonctionnement majeures ont été identifiées :

► *Une reconnaissance financière incertaine*

L'organisation de ces ateliers repose principalement sur le temps de travail des professionnels sociaux et les moyens matériels disponibles au sein de chaque structure. Si les locaux sont mis à disposition par la structure ou le service, aucun des deux ateliers ne bénéficie de financements propres ou de subventions institutionnelles. Seul l'atelier *Bien-être* d'ADEFO Blanqui a pu bénéficier à l'occasion de la journée de la femme en mars 2009 d'un soutien associatif.

Professionnelle ADEFO Blanqui : « *On a reçu un don de 400 euros de l'association ZONTA. Ils sont venus nous voir, et avec ce don on a pu commencer à mettre en*

place une base de l'atelier Bien-être. Et heureusement, on a aussi l'esthéticienne bénévole. »

Globalement, les professionnels sociaux comptent en priorité sur les dons des différents partenaires sollicités. Les éducatrices de l'Écluse comme les TISF de Blanqui sont amenées à démarcher différents commerçants et enseignes afin d'obtenir des produits de cosmétiques (échantillons) gratuits.

Professionnelle Écluse : *« La difficulté c'est d'avoir des produits. En même temps je ne suis pas maquillage, mais je peux toujours aller chez Yves Rocher ou Sephora. Je peux même rédiger un projet, leur proposer et peut-être qu'on aura des produits gratuitement. »*

Professionnelle Écluse : *« On se débrouille. On n'a pas de budget particulier. »*

Professionnelle ADEFO Blanqui : *« (.) Sinon on n'a pas de financement, j'écris aux commerçants spécialisés, pour voir s'ils peuvent nous donner des échantillons gratuits. Bon, certains me répondent que ces femmes ce n'est pas leur cible commerciale... Certes ! Et d'autres nous en donnent. Mais, c'est dur d'aller monter tout ça. »*

► **Une activité de partenariat chronophage**

La mise en place de cet atelier exige des professionnels un temps de travail psychosocial et d'organisation relativement important. Ces activités sont réalisées sur le temps de travail des éducatrices et TISF, parallèlement à leurs activités de suivi individuel et de fonctionnement du service. Le travail de partenariat nécessaire au fonctionnement de l'atelier est ainsi pris sur le temps de présence des professionnelles. Les temps de rencontres avec les partenaires potentiels, de montage de projet sont particulièrement chronophages. Cette difficulté est encore plus perceptible pour les professionnels exerçant à temps partiel et dont la présence disponible sur la structure est limitée.

Professionnelle Écluse : *« Il n'y en a pas. C'est sur le temps de travail. C'est pour ça que c'est difficile de faire un partenariat avec l'extérieur parce que je suis aussi à temps partiel. Ça demande une énergie énorme, car il faut dégager du temps. Et au niveau matériel, ça va. Il n'empêche que c'est difficile de mener un atelier. »*

► **Des ateliers difficiles à justifier auprès des institutions et des partenaires potentiels**

Malgré l'appui des responsables, les ateliers *Bien-être* souffrent d'un manque de reconnaissance institutionnelle. Pour développer les projets d'ateliers *Bien-être* et mutualiser les moyens disponibles, les professionnelles sont amenées à solliciter les associations ou institutions d'insertion professionnelle. Or, les conditions de fonctionnement des ateliers (réservés aux résidentes ou anciennes résidentes) sont parfois difficilement compatibles avec les objectifs de mission des partenaires extérieurs, ce qui peut faire obstacle à des subventions ultérieures.

Professionnelle Écluse : *« Tous les partenaires extérieurs qui ont participé, je les ai aidés, à faire des budgets, des demandes de subventions pour les aides sociales. Mais c'était pour eux. J'ai fait une demande, deux fois et je n'ai rien eu car ils disaient « qu'il faudrait que ce soit ouvert à tout le monde ». On ne va pas ouvrir une boutique d'atelier artisanal. On ne peut pas. Du coup, ils avaient refusé parce que ça reste très fermé. »*

Si les ateliers *Bien-être* abordent indirectement la question de l'insertion socioprofessionnelle des résidents, la priorité est de proposer aux personnes une ressource pour exister autrement que par les difficultés, de renouer avec la notion de plaisir et de se revaloriser. Or, dans le cadre de leurs

missions respectives, les professionnels sociaux en charge des résidents et les associations pour l'emploi hiérarchisent différemment les objectifs de ces ateliers : la présentation de soi à un employeur demeure, de manière générale, la priorité.

Professionnelle Écluse : « *Ce n'est pas reconnu dans nos secteurs, il faut que ce soit reconnu par l'emploi* »

Enfin, les intervenantes sociales rencontrées sont confrontées à des difficultés liées à la justification de leurs activités. Celles-ci sont de plus en plus codifiées et doivent répondre à des objectifs précis. Les responsables et les intervenants sociaux soulignent l'obligation permanente de justifier leurs activités et les temps d'échange avec les résidents. Or certains temps de rencontre avec les résidents ne rentrent pas forcément dans le cadre des entretiens individuels, de l'orientation ou de l'encadrement socio-éducatif. Les paroles échangées sont des temps d'écoute informelle qui profitent aux relations de confiance entre professionnels et résidents et plus largement au soutien psychosocial. Lors de ces échanges, les professionnelles sont souvent amenées à orienter les résidentes sur l'atelier *Bien-être*.

Professionnelle ADEFO Blanqui : « *On fait de notre mieux. On pourrait faire d'autres choses qu'on ne peut pas car on a l'impression d'avoir une pression constante sur nous. On voit bien, on a besoin de prendre le temps pour discuter, parler une heure, d'avoir un temps d'échange, et pas uniquement sur l'alimentation, le logement ou tout ça mais pour eux-mêmes. Ce temps, il est nécessaire pour les amener à l'atelier Bien-être ou même pour reparler de ce qui c'est passé lors de cette séance. Ce n'est pas rien. Et bien, ce temps-là, il est difficile à céder. On a du mal à le définir, à le justifier parce que la moindre activité doit être codifiée, justifiée...* »

D. L'orientation des résidents et le travail de partenariats

Dans le cadre de leurs missions d'hébergement et de réinsertion, les professionnelles sont amenées à orienter les résidentes vers des structures de soins et des professionnels de santé et de santé mentale. Lorsque l'aide psychosociale apportée aux résidents n'est pas ou plus suffisante, les équipes peuvent s'appuyer non seulement sur des partenaires sanitaires, médicosociaux et judiciaires classiques mais également sur une coopération innovante avec des intervenants culturels.

1. L'orientation des résidentes vers les professionnels de santé et de santé mentale

► *L'accès aux droits*

L'accès aux soins est fréquemment limité par des obstacles d'ordre financier, administratif voire socioculturel. Pour cela, des conventions signées avec la Caisse d'allocations familiales et l'Assurance maladie permettent de faciliter et d'optimiser l'ouverture ou le renouvellement de la CMU. Si les éducatrices et TISF accompagnent en permanence les femmes dans leurs démarches, ces conventions permettent de simplifier les demandes et de raccourcir les délais d'obtention des droits.

► *La santé des femmes par la santé des enfants*

Quelle que soit la structure d'accueil, l'objectif est de faciliter l'accès aux professionnels de santé. Cet objectif est d'autant plus difficile à atteindre que les conditions de vie précaires peuvent modifier le rapport des personnes à la santé et à la maladie.

Professionnelle : « *Il n'y a un gros problème pour accéder aux soins, car elles disent « je ne suis pas malade ». Aller voir un docteur, des fois, c'est extrêmement*

compliqué même pour un contrôle. Elles ne se sont quasiment jamais soignées donc elles ont peur de ce que le médecin peut leur trouver mais c'est surtout le rapport au corps. C'est comme si elles étaient dissociées de leur propre corps, une capacité forte à endurer la douleur. Donc, en fait, pour nous, ce qui nécessite une consultation, pour elles c'est terrible. »

Pour favoriser l'attention des femmes à leur propre santé, les travailleurs sociaux s'appuient sur la relation parent/enfant et le travail autour de la santé physique et psychique de l'enfant.

Professionnelle : « Comme pour la santé, ça passe surtout par le biais des enfants, parce qu'on prend conscience des soins dont on a besoin. »

► **L'orientation vers les professionnels de santé de premier recours**

Concernant la prise en charge des problèmes de santé, et en particulier de santé psychique des résidents, les deux associations CHRS présentent des approches différentes. Ces solutions différenciées constituent, pour chaque structure, des réponses adaptées aux besoins des populations accueillies ainsi qu'à l'offre de soins disponible sur le territoire.

Pour les professionnelles de l'Écluse, les résidentes doivent pour voir s'orienter elles-mêmes vers les structures de soins à leur sortie du CHRS. Pour cela, les femmes sont orientées vers des structures et des professionnels de santé de droit commun. Il s'agit dès lors de favoriser l'insertion ultérieure des résidentes à l'extérieur de la structure et par conséquent de ne pas créer de décalage trop important entre la vie à l'Écluse et les services de droit commun.

Au sein d'ADEF0 Blanqui, l'orientation et la prise en charge médicale des résidents peuvent se réaliser dans l'enceinte du CHRS. Un médecin généraliste et un pédiatre se déplacent une fois par semaine. Par ailleurs, la structure dispose d'une puéricultrice et d'une psychologue à temps partiel qui interviennent sur l'ensemble des services. Cette organisation spécifique de l'offre de soins répond aux besoins de la structure : ADEF0 accueille 24 familles qui nécessitent fréquemment une prise en charge sur le site. Par ailleurs, le personnel d'insertion compte 5 travailleurs sociaux pour 24 familles (parents et enfants), ce qui restreint les possibilités d'accompagnement à l'extérieur de la structure.

• **Les médecins généralistes**

Pour les professionnelles et les résidentes de l'Écluse, le médecin généraliste est l'acteur pivot du recours aux soins. Quelle que soit la durée du séjour, le cabinet médical choisi est localisé dans le quartier à proximité du CHRS.

A ADEF0, malgré la présence régulière de professionnels de santé sur le site, les professionnels soulignent un recours massif à SOS 21 et SOS médecin sans nécessité médicale. Si les professionnels tentent de dissuader les résidents de solliciter systématiquement ces services, les résidents continuent néanmoins de privilégier recours.

• **Les sages-femmes et gynécologues**

Les résidentes, et notamment les femmes enceintes accueillies à l'Écluse, sont orientées vers les sages-femmes et gynécologues. Pour ce type de consultations, la mission d'information des éducatrices concernant l'offre de soin existante se double d'un accompagnement des femmes vers ces professionnels.

► *L'orientation des femmes vers les professionnels et structures de santé mentale*

Si la souffrance psychique concerne toutes les catégories socioprofessionnelles, pour des personnes socio-culturellement, géographiquement éloignées de cette préoccupation, la démarche de soin est plus problématique. Seules les femmes sous injonction thérapeutique ou judiciaire, ont l'obligation de consulter des spécialistes de santé mentale. Autrement, pour les éducatrices, il s'agit moins d'imposer une démarche que de susciter une demande parmi les résidentes.

Professionnelle Écluse : « Moi, je leur présente toutes les possibilités de prise en charge. Après, souvent, il y a un temps de réflexion, il y a en a quelques-unes qui nous demandent, qui ont déjà eu d'autres personnes sur d'autres secteurs et qui souhaitent continuer. Et puis pour d'autres, c'est une découverte, elles ne connaissaient pas du tout ce type de soin. Donc, moi, j'explique rapidement comment ça peut se passer, l'objectif de ce genre de choses. Après, au niveau de l'accès aux soins, ça peut être effectivement dans le privé, dans le public (CMP, CMPP). Et ensuite, si elles sont OK, après avoir réfléchi, on propose une liste d'adresses et de nom, mais c'est elles qui choisissent, et c'est effectivement toujours sur l'extérieur. »

Au sein d'ADEF0, la prise en charge psychologique peut s'effectuer au sein de la structure. Une psychologue peut recevoir les familles afin de les orienter ou d'assurer un suivi psychothérapeutique le temps du séjour. Lorsque les femmes expriment le souhait de consulter un professionnel de santé mentale voire de suivre une thérapie, les professionnelles d'ADEF0 ou de l'Écluse peuvent les orienter vers différents services et professionnels à Dijon et Chalon s/Saône.

À Dijon :

- L'antenne médicale de la SDAT à Dijon. Selon les besoins psychiques ou psychiatriques identifiés, le personnel d'ADEF0 oriente et accompagne certains résidents vers des structures spécifiques
- Ellipse : Cette association dijonnaise rassemble des psychologues, amenés à prendre en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques
- Écoute, Aide et Conseil (EAC)
- Le Centre médico-psychologique (CMP)

À Chalon-sur-Saône :

- Le service psychiatrique du centre hospitalier spécialisé de Sevrey a mis en place en 2009 un secteur adulte, ce qui a permis de réduire les délais d'attente pour un premier rendez-vous et de faciliter les premières prises en charge.
- Les psychologues du service de Santé Prévention de la Ville à Chalon-sur-Saône : face aux besoins de consultations d'urgence, les professionnelles ont orienté ponctuellement les résidentes vers les psychologues exerçant au sein de ce service, toutefois, les femmes n'ont pas, a priori, privilégié ce type de structure.
- Des professionnels psychologues libéraux

En dehors du secteur public, quelques résidentes s'orientent vers le secteur privé. Toutefois, le coût des consultations psychologiques non remboursées limite considérablement le recours à ces thérapeutes.

► *Des besoins de prise en charge psychologique pour les enfants des résidentes*

Si les professionnels d'ADEF0 peuvent s'appuyer sur la présence d'une puéricultrice, les éducatrices de l'Écluse mentionnent des difficultés liées à la prise en charge de la santé mentale infantile.

Professionnelle : « *On aimerait que les relations soient plus importantes au niveau des CMPP. Surtout, pour les enfants, il faudrait des prises en charge plus rapides. Il y a aussi un assistant social au CMPP, mais c'était au moment où il était surchargé. C'est presque comme si les situations devenaient moins prioritaires par rapport à d'autres situations qui les sollicitent.* »

Professionnelle : « *J'aimerais qu'il y ait un temps psychologue pour les enfants plus important. Ils arrivent, ils ont été entraînés en urgence dans des hôtels et la plupart du temps on ne leur a rien expliqué. C'est-à-dire qu'ils ont quitté leurs pères, leurs écoles et leurs maisons. Et la mère était dans un tel état pour franchir ce chemin-là qu'au gamin on ne lui a rien dit. Et c'est vrai que les enfants n'osent rien dire quelque part ils sont en situation de devoir protéger leurs mères qui ne vont pas bien. Donc, ils ne posent surtout pas de questions. Plus d'espace pour eux. Il y a des rendez-vous qui arrivent un peu tard.* »

2. Des partenariats diversifiés

Si dans le cadre de la prise en charge psychologique des résidentes les CHRS sont confrontés à des difficultés « classiques » d'accès à l'offre de soins en santé mentale, ils peuvent néanmoins s'appuyer sur des partenariats innovants, notamment dans le secteur culturel.

► *Des partenariats de proximité*

Les partenariats avec les structures sociales et les associations de quartiers ont un rôle prépondérant dans la mise en place et le développement de dispositifs psychosociaux auprès des résidentes.

A ADEF0, l'association de quartier ZONTA a participé financièrement à la mise en place de l'atelier *Bien-être* en allouant une subvention au service insertion. Un projet de partenariat avec le centre social Balzac est actuellement à l'étude. Le centre social proposerait un atelier *santé et relation parents/enfants* auxquels les familles d'ADEF0 seraient conviées.

Les professionnelles de l'Écluse ont pu également bénéficier de l'appui des associations de quartier pour mettre en place un projet psychosocial autour des « *jardins psychologiques* ».

Pour les professionnels, le travail social et psychosocial avec les associations de quartier présente deux intérêts majeurs :

- Mutualiser les moyens disponibles et faire profiter au plus grand nombre des actions psychosociales.
- Ouvrir la structure vers l'extérieur afin de favoriser les rencontres entre résidentes, les professionnels et habitants des quartiers. À travers ces partenariats de proximité, il s'agit, entre autres, de favoriser l'insertion sociale quotidienne des femmes en dehors de la structure.

Professionnelle : « *Il y avait déjà un atelier qui avait commencé avec des femmes du quartier. C'était un spectacle de théâtre, théâtre de marionnettes où chaque femme avait pu participer, à sa manière. Soit en faisant des costumes, soit en faisant des masques. Nous nous sommes aperçus que ces femmes, longtemps après, pouvaient en reparler, (parce qu'il y a eu deux spectacles publics), ça les avait marquées car elles avaient été valorisées dans leurs quartiers.* »

► *Des partenariats denses et innovants avec les acteurs culturels*

Peu répandus dans le domaine de la santé, les partenariats avec des institutions et acteurs culturels constituent des ressources innovantes, porteuses de potentialités dans le cadre de l'aide psychosociale.

Les éducatrices de l'Écluse sont fréquemment sollicitées par des intervenants culturels extérieurs pour mettre en œuvre des actions socioculturelles avec certaines résidentes et anciennes résidentes. Dans le cadre d'un projet réalisé en 2008, un court métrage a ainsi été réalisé avec la participation des femmes et des professionnelles. Au-delà de la découverte culturelle, ces projets ont contribué à renforcer le travail des professionnels sur l'estime de soi avec certaines participantes.

Ces dernières années, l'Écluse a été fortement sollicitée par les intervenants culturels, néanmoins, ces partenariats ne font pas pour autant l'objet de conventions renouvelables et instituées.

Professionnelle : « C'est ponctuel. Il y a un projet de cinéma bientôt mais c'est quelqu'un qui va nous solliciter. Par contre, on ne contacte pas des personnes extérieures pour monter tels et tels projets. Ça c'est difficile de dire tous les partenaires. Je pense qu'on est bien identifiés sur Chalon mais dans tellement de domaines... »

► *Une amélioration des partenariats entre médical et social*

De manière générale, la « désaffection des services de psychiatrie pour les problématiques sociales »²⁹ a pu poser de nombreux obstacles à la prise en charge des troubles psychiques pour les personnes en situation de vulnérabilité sociale. Ce retrait est quantitatif et qualitatif. Les services de CMP sont déjà confrontés à des capacités d'accueil limitées face à une demande croissante. Par ailleurs, la majorité des spécialistes de santé mentale, notamment dans le secteur public, estime que de nombreux troubles psychiques sont générés par la situation sociale et ne sont pas de leur ressort. S'il est important de ne pas associer systématiquement précarité, exclusion et troubles psychologiques ou psychiatriques, les professionnels sociaux se sentent néanmoins démunis face à certains résidents affectés par des troubles psychologiques et/ou psychiatriques.

Professionnelle : « Moi je me souviens avoir eu des personnes hospitalisées et on avait du faire une synthèse parce qu'une d'entre elles avait quand même voulu se tuer et tuer son enfant après. On nous avait dit qu'elle était dans une problématique sociale et c'était compliqué parce que l'hôpital psy ne voulait pas la garder parce qu'elle était dans une problématique sociale. Ce sont des mondes qui ne se rencontrent pas facilement. »

Les professionnels des CHRS constatent néanmoins une évolution positive de cette situation. L'évolution des pratiques médicales en psychiatrie d'un côté, et les transformations du travail social de l'autre, concourent au développement de partenariats. Dans le cadre de situations d'urgence, notamment, les intervenantes sociales du CHRS sont de plus en plus sollicitées pour faciliter la sortie d'hospitalisation de patientes en situation d'exclusion.

Professionnelle : « Maintenant l'évolution c'est de se dire que nous sommes obligés de travailler ensemble. Nous ça fait des années que l'on veut travailler ensemble. Par contre le monde médical ne voulait pas travailler avec les travailleurs sociaux. Mais, on est obligé maintenant, parce que nous devons voir la personne dans sa globalité à la fois dans son psychisme mais aussi dans son quotidien. Ils nous sollicitent quand il y a des urgences et qu'ils ne savent pas où envoyer la personne à la sortie. »

²⁹ FASSIN Didier, *Des maux indicibles, Sociologie des lieux d'écoute*, Paris : La Découverte

Par ailleurs, les structures comme les CHRS ou les associations de type d'EAC constituent des supports permettant aux professionnels de santé et sociaux de se rencontrer et d'être mieux identifiés en tant qu'acteurs spécialisés dans le domaine de la santé mentale et de l'intervention sociale.

► ***Le partenariat avec les institutions sociales : axer les actions sur la prévention***

Le renforcement des partenariats s'étend au-delà du milieu médical. L'Écluse accueillant des femmes avec leurs enfants, dont certaines ont fait l'objet d'une injonction judiciaire, ont des relations avec les services concourant à la Protection de l'enfance de plus en plus soutenues (services de Protection maternelle et infantile, aide sociale à l'enfance, placement judiciaire). Au regard de ces échanges et des problématiques du public féminin accueilli, confronté aux violences de plus en plus jeunes, les éducatrices souhaiteraient orienter davantage leurs actions en direction de la prévention des violences. L'une des préoccupations actuelles est d'accompagner plus précocement les enfants exposés aux violences conjugales. Pour cela, les professionnelles interrogées soulignent qu'un temps de prise en charge pédo-psychologique plus étendu faciliterait l'expression des besoins des enfants et la transition entre leurs vies malmenées au domicile familial et la vie au CHRS.

Professionnelle : « Il faudrait orienter les missions de l'Écluse sur la prévention. Et c'est vrai que pour les gamins, ils arrivent jeunes ici, et on voit bien ce qu'il peut être fait le plus rapidement possible afin que les enfants soient protégés de cette violence là. Il faut proposer des accompagnements le plus tôt possible par rapport à ça. Mais il y a l'évolution de la société. On est sollicité par les partenaires pour la protection de l'enfance. Avant, ce n'était pas comme ça. »

II. Expériences vécues par les participantes

A. Profils et parcours psychosociaux des participantes aux ateliers « Bien-être »

Selon la structure d'hébergement, la fréquentation peut être régulière (ADEF0 Blanqui) ou ponctuelle (Résidence de l'Écluse) mais n'est jamais obligatoire quel que soit le lieu.

1. Profil des participantes aux ateliers Bien-être

La population enquêtée comprend des femmes ayant participé à l'atelier « *Bien-être* » proposé par l'association CHRS l'Écluse et ADEF0 Blanqui. L'échantillon est constitué de 10 femmes, résidant ou ayant résidé au sein de ces structures. Concernant les anciennes résidentes, il est apparu pertinent de les inclure dans l'étude afin d'appréhender l'impact de ces ateliers à distance des périodes d'hébergement.

Sexe et âge

Quels que soient les lieux de prises en charges, le public des ateliers *Bien-être* et, par conséquent, l'échantillon interrogé sont exclusivement féminins. L'âge des participantes rencontrées varie entre 30 et 38 ans à l'Écluse et 20 et 44 ans à ADEF0.

Logement

Parmi les femmes interrogées, la moitié était d'anciennes résidentes du CHRS de l'Écluse, qui avaient été invitées à participer à l'atelier *Bien-être* par l'équipe professionnelle. Globalement, ces participantes disposaient au moment de l'enquête d'un logement personnel et ont vécu entre 2 mois et 1 an à l'Écluse. Pour les résidentes actuelles, cinq femmes résidaient dans les appartements individuels proposés par les associations. La durée d'hébergement varie également d'une femme à l'autre (entre 4 et 10 mois).

Violences conjugales

Un tiers des femmes rencontrées a été confronté à des problèmes de violences conjugales physiques ou psychologiques à un moment de leurs vies.

Revenus et situations professionnelles

La quasi totalité des enquêtées sont bénéficiaires de minimas sociaux et confrontées à des situations de précarité économique et sociale. Leurs revenus sont principalement composés du RSA ou en fin de droit d'allocation chômage. Deux des participantes ne bénéficiaient pas d'allocations. Une ancienne résidente allait bénéficier du statut d'intermittent tandis qu'une autre dépendait des ressources financières de son conjoint.

Derrière ce constat général de précarité professionnelle, les situations des résidentes et anciennes résidentes sont très diversifiées. Certaines femmes n'ont jamais eu d'activités professionnelles. D'autres en revanche, ont cumulé ou cumulent des emplois précaires et faiblement rémunérés, alternant successivement période d'activité professionnelle et période de chômage. Une seule femme a exercé en tant que professionnelle libérale.

2. Les modalités d'accès à la prise en charge psychosociale

Au sein des deux CHRS, les intervenants sociaux sont les professionnels les plus susceptibles d'orienter les femmes sur les ateliers *Bien-être*. L'appui des éducatrices et techniciennes d'intervention sociale et familiale est d'autant plus important que les ateliers *Bien-être* (et plus largement les activités créatives) constituent pour la majorité des participantes une première expérience de prise en charge psychosociale.

► *Le mode de connaissance et d'orientation vers l'atelier Bien-être*

Les ateliers *Bien-être* étant intégrés aux CHRS, l'ensemble des participantes a été invité à s'y inscrire par les éducatrices et TISF. Certaines résidentes ont d'ailleurs pu assister à la présentation de l'atelier par les prestataires des soins *Bien-être*. Les anciennes résidentes, notamment celles qui ont gardé des contacts avec l'équipe professionnelle et participent occasionnellement aux sorties collectives organisées par l'Écluse, ont été averties par courrier et téléphone.

L'organisation de ces ateliers par ou via les travailleurs sociaux (dans le cas où les femmes se sont déplacées à l'extérieur pour y participer) est une condition rassurante pour les femmes.

Participant : « *C'est vrai que lorsque l'équipe me propose certaines choses, je peux lui faire confiance. Si elle me le propose, je pense y trouver quelque chose.* »

► *Une première expérience de prise en charge psychosociale*

Contrairement aux usagers d'EAC, rares sont les résidentes ou anciennes résidentes ayant fait l'expérience d'une prise en charge psychosociale ou psychologique. Celles ayant déjà rencontré des professionnels de santé mentale, ont été prises en charge pour traiter certaines pathologies. Ces expériences ont été plutôt mal vécues. Même si cette attitude distante est globalement partagée par toutes les participantes, elle renvoie à différentes problématiques.

- **La crainte de la stigmatisation**

Par crainte d'être associées à « *des folles* », la plupart des participantes n'ont jamais fait l'expérience d'une prise en charge d'ordre psychologique alors même qu'elles déclarent avoir eu besoin, au moins une fois, d'une écoute. Pour ces participantes, le recours aux psychologues ou aux psychiatres est synonyme de maladie mentale, voire de '*folie*'. Loin d'être un phénomène isolé, ces appréhensions reflètent la stigmatisation générale de la psychiatrie et dans une moindre mesure de la psychologie. La distinction entre la psychiatrie et la psychologie ainsi que leurs missions respectives ne sont d'ailleurs pas claires par les participantes.

Participante : « *J'ai l'impression que quand on va voir le psychologue qu'on est fou, et moi je ne suis pas folle.* »

Au-delà des réticences liées à l'image de la santé mentale, les inquiétudes sont d'ordre socioprofessionnel. Pour une des personnes interrogées, aller consulter un psychologue ou un psychiatre, c'est risquer de s'exposer à des difficultés d'insertion socioprofessionnelle.

Participante : « *Et puis, on ne sait jamais, si on voit sur votre dossier, ou votre employeur apprend que vous voyez un psy, on ne sait pas ce qui peut arriver, hein ? Vous pouvez avoir des problèmes au travail, on ne vous confie plus rien...ce n'est pas facile* ».

Du côté des institutions sociales, les participantes expriment la même réserve. En dehors des relations étroites et affectives qu'elles ont tissées avec les travailleurs sociaux, les résidentes et anciennes résidentes maintiennent une certaine distance avec les autres services et modalités d'accompagnement sociaux dont elles sont néanmoins financièrement dépendantes. Par volonté de « tourner la page », les activités proposées par le CHRS sont quasiment toutes refusées par certaines anciennes résidentes interviewées.

Participante : « *En sortant de l'Écluse, on m'a proposé de continuer le suivi et j'ai dit non. Je voulais me libérer de tout ça, je voulais changer sans être assistée. Car je sais que toute seule je peux m'en sortir.* »

- **Une absence de besoin**

Deux des personnes interrogées ont mentionné n'avoir ni besoin, ni être intéressées par une prise en charge psychologique ou psychiatrique. Pour l'une, les soins psychiques sont écartés au même titre que les soins de première ligne (médecin généraliste). Outre un non recours aux soins déclarés, verbaliser ses émotions ou parler de soi à un professionnel peut s'apparenter à une véritable épreuve.

Participante : « *Je ne vois aucun médecin et je suis rarement malade de toute façon. Et puis je n'aime pas parler, je ne parle pas, j'ai horreur de ça* ».

Pour l'autre participante, la prise en charge psychologique ou psychiatrique ne constitue pas une réponse adaptée à sa situation. Face aux difficultés rencontrées, ces participantes privilégient les soutiens familiaux et amicaux. Par ailleurs, l'aide psychologique ne représente pas une solution adéquate et attendue face à la recherche d'emploi.

ORS : *Certaines personnes que j'ai rencontrées me disaient qu'elles ont rencontré un psychologue pour les écouter ...*

Participante : « *Moi, non je n'y ai jamais pensé. Je n'en ai pas eu besoin et ni maintenant non plus, c'est une page qui est tournée. Et j'ai ma famille là aussi. Je n'ai pas besoin de ça...* »

Participante : « *Non, j'ai refusé. On me l'a proposé mais j'ai refusé. Et le psy ce n'est pas la peine, parce que ça ne va pas m'amener tout ce j'ai perdu et du travail. Sinon, j'ai ma famille et tout* »

- **Une prise en charge psychologique pour et à travers l'enfant**

Si de manière générale, les résidentes et anciennes résidentes ne consultent ou n'ont pas consulté de psychologues pour elles-mêmes, elles y ont néanmoins recours pour leurs enfants. L'attitude des enfants, les problèmes scolaires, l'entrée de la famille dans l'institution est une préoccupation majeure pour ces mères. Afin de surmonter les difficultés de leurs enfants, ces participantes ont sollicité différents professionnels de santé psychique infantile : pédopsychiatre, psychologue de l'Écluse. Pour ces femmes, le *Bien-être* et la santé mentale de l'enfant légitiment une telle démarche.

Participante : « *Quand je suis partie de chez moi j'ai consulté un psychologue pour les enfants. Avant que je parte de chez moi c'est lui qui a dit qu'il était nécessaire que je parte de chez moi. Ça a été un déclic* »

ORS : *Et par la suite vous avez rencontré d'autres psys pour vos enfants ?*

Participante: *Non, je les ai remmené voir Myriam, la psychologue qui travaille ici, c'est tout. La seule personne qui a pu les voir jusqu'à présent elle m'a dit qu'elle ne trouvait pas nécessaire de les emmener.*

Ors : *Qu'est ce qui a fait que vous avez décidé d'emmener vos enfants voir la psychologue ?*

Participante : *La grande chutait dans ses résultats scolaires, la deuxième faisait souvent des crises de nerfs et s'enfermait de plus en plus.*

ORS : *Quel médecin ou professionnel de santé avez-vous rencontré ?*

Participante : *Un médecin généraliste et après un psychiatre pour la petite...*

Ors : *et pour vous?*

Participante : *Non, moi, non pas le psychiatre...je n'en avais pas besoin, j'avais besoin d'un médecin traitant parce que durant cette période, je n'arrivais pas à dormir.*

Plus rarement, la prise en charge psychologique de l'enfant peut, dans une certaine mesure constituer un premier contact positif avec les professionnels de santé psychique et un premier moyen pour parler de soi.

Participante : « *Je suis allée voir un pédopsychiatre qui avait une bonne réputation à l'extérieur. Il était au CMPP pour les enfants. C'est quelqu'un que j'ai vu une ou deux fois. Pour mon fils et qui a voulu me revoir, pour moi. Il m'a pas apporté toutes les réponses à mes question mais du fait qu'il ne soit pas fataliste, il me disait que c'était un moment qu'il faut le gérer, en plus comme j'ai un enfant. Et il ne m'a pas parlé comme une enfant mais avec une certaine douceur. Il croit en nous et disait : « Tu trouveras une sortie, si ce n'est pas celle-là, tu en trouveras une autre. »*

- **Une demande non exprimée**

Certaines anciennes résidentes ont mentionné avoir eu besoin de consulter un professionnel de santé mentale sans jamais avoir exprimé leur demande auprès des professionnels sociaux des CHRS. Pour surmonter un sentiment exprimé de mal-être, le recours au médecin traitant et au traitement médicamenteux constitue la réponse médicale la plus sollicitée par les femmes rencontrées.

Participante : « *J'aurais aimé voir un psychologue parce que ce qui me manquait, ce que j'aurais souhaité, c'était sortir ce qu'il y a en moi, ce qui me rendait malade. Donc quand on m'a orienté vers le médecin généraliste, on a parlé un petit peu, il m'a un peu remonté le moral, mais bon* ».

- **Une expérience négative de la psychiatrie**

Deux résidentes ont déjà bénéficié d'une prise en charge psychologique et psychiatrique et ont connu de nombreuses hospitalisations. Ce recours aux soins psychiatriques s'est réalisé suite à des problèmes de santé mentale (anorexie). Les enquêtées décrivent une expérience éprouvante et négative.

Participant : « *Des psychiatres, bien sur, j'ai été hospitalisée à mes vingt quatre ans, parce que j'étais descendue très bas : trente-neuf kilos. Les médecins, impuissants, m'ont enfermé dans une cellule d'isolement dans l'espoir que je reprenne trois kilos. C'était quelque chose qui m'a vraiment choquée. Je comprends que les médecins puissent se sentir impuissants face à ce genre de maladie, mais dans un hôpital psychiatrique, avec toutes les souffrances inimaginables. Il y a des endroits hospitaliers qui répondent avec plus d'efficacité. Et là non !* »

Participant : « *Les psychiatres ce sont des gens qui me font peur. Je les bannis totalement. Du coup, ça m'a incitée à travailler sur moi toute seule* »

- **Des difficultés d'accès**

Au delà des attitudes des femmes rencontrées à l'égard des psychologues ou des psychiatres, les difficultés d'accès à ces professionnels limitent fortement les démarches et majorent les appréhensions liées à l'image de la psychologie. Ces limites sont de différents ordres.

- Le coût des consultations

Le frein financier est un des premiers freins soulevés par les femmes interrogées. La consultation d'un psychologue libéral est un investissement coûteux, et non remboursé par l'Assurance maladie. La démarche est dès lors d'autant plus inaccessible que les enquêtées sont fréquemment confrontées à des situations socio-économiques précaires.

- Une offre de santé psychique méconnue

En dehors des psychologues libéraux et psychiatres des CMP, les enquêtées déclarent ne pas avoir connaissance de l'offre de soin psychique existante.

B. Les expériences de la prise en charge psychosociale à travers les ateliers Bien-être

La réhabilitation de l'estime de soi est à la fois un objectif de structures CHRS et un processus personnel et relationnel pour les résidentes durant leur séjour. C'est pourquoi, la prise en charge de la souffrance s'étend au-delà de l'atelier *Bien-être* et inclut l'ensemble des activités d'hébergement et des ateliers collectifs *d'Expression de soi* (ateliers arts plastiques, photographie, jardinage).

1. Les formes et le fonctionnement de l'aide psychosociale au quotidien au sein des CHRS

L'Écluse et ADEFO Blanqui bénéficient d'un contexte propice à la parole où l'aide psychosociale se décline sous différentes formes. Aussi, pour apprécier la spécificité et l'intérêt de l'atelier *Bien-être*, il est utile de comprendre l'organisation de la vie au sein de la résidence de l'Écluse du point de vue des enquêtées.

► *Les relations avec les professionnelles*

Si la mission des éducateurs et des TISF est prioritairement pédagogique, éducative et non thérapeutique, (recherche de logement, réinsertion sociale, organisation de la vie quotidienne etc), les intervenants sociaux développent des compétences et qualités d'écoute. Pour les résidentes, l'intervenant social du CHRS est l'interlocuteur de confiance privilégié.

Participant : « *Quand ça ne va vraiment pas, j'en parle.* »

Ors : *A qui vous en parlez ?*

Participant : *J'ai ma référente, avec qui j'ai souvent des entretiens. Donc c'est souvent avec elle que je parle.*

Participant : « *C'est une très bonne équipe. Elles sont à l'écoute, elles sont là* »

Participant : « *On s'entendait bien avec mon éducatrice, ça se passait bien ; elle m'expliquait bien les choses, les démarches à suivre* ».

Pour les femmes interrogées, le rôle des éducatrices est bien identifié. Les professionnels représentent un soutien singulier et central de leur réhabilitation sociale. Ni totalement amicaux, ni totalement institutionnels, les relations créées avec l'équipe révèlent combien ces échanges ont contribué à structurer l'identité sociale de certaines femmes.

Participant : « *Ce n'est pas une amie, parce qu'il reste certaines limites entre nous, un respect, mais c'est la personne avec laquelle je suis la plus proche depuis que je suis partie de chez moi. Je me confie à elle, elle essaie de me trouver des solutions* »

Participant : « *C'est ma deuxième famille, même s'il y a eut des moments durs, on a pris, le temps de réparer. C'est marquant dans une vie. Surtout quand c'est une équipe avec chacune sa spécialité.* »

Participant : « *Je me sens en famille étant donné que je suis toute seule sur Chalon je ne connais personne. C'est la première fois pour tout, alors au fil du temps on commence à tisser des liens, c'est comme une famille.* »

Les participantes considèrent l'Écluse et ADEFO comme une étape, « *une transition* ». L'aide sociale et psychosociale ne peut être que temporaire, conformément d'ailleurs aux objectifs de l'association. Si les femmes interrogées demeurent très attachées aux éducatrices, même plusieurs années après leur passage aux CHRS, elles reconnaissent néanmoins les difficultés qu'elles ont « à

tourner définitivement la page » avec ce lieu. Les difficultés à rompre toutes relations avec les professionnelles reflètent l'importance de liens d'intégration qui perdurent au-delà de l'institution.

Participant : « C'est un mélange. J'étais contente et j'étais un peu déçue parce que je ne vais plus les voir, parce qu'on avait des rendez-vous quotidiens avec les éducatrices pour le budget, la santé des trucs comme ça. Et je me suis dis que je ne les verrai plus souvent parce que je n'ai plus vraiment de contacts avec eux. Finalement, on a gardé le contact mais si je n'en n'ai pas eu pendant un moment. Et puis, je fais ma petite vie de mon côté ».

Participant : « J'ai appelé ma référente l'autre jour et je lui ai dit qu'un jour il va bien falloir que je coupe le cordon ombilical. Ce sont pour moi des gens que j'estime beaucoup. Un bonjour, ça ne coute rien. Et sans elles, je ne serais pas là aujourd'hui, avec un appart, une formation, mon enfant. »

► **Le suivi socio-éducatif et les temps de vie collective**

La vie quotidienne des résidentes est rythmée par les rendez-vous avec les travailleurs sociaux, les temps de vie et de restauration collective et les ateliers. Parallèlement aux entretiens individuels avec les professionnelles, les ateliers créatifs, de jardinage sont considérés comme des supports à un travail thérapeutique. Ces ateliers comportent explicitement une dimension psychosociale.

• **Les entretiens individuels avec les professionnels**

Les femmes prises en charge ont régulièrement des entretiens individuels au cours de leur séjour au CHRS. C'est dans ce cadre plus individualisé que les résidentes peuvent faire part de leur vécu à leurs référentes et de l'avancée de leur projet de vie et de logement.

Participant : « Une journée type à l'Écluse c'est déjà des rendez-vous tous les jeudis. Des rendez-vous d'équipe et ensuite en fonction des familles, ils font un planning ; tout dépend de ce qu'il y a à faire. Rendez-vous de logements, de santé et d'ateliers. Il y a pas mal de choses. »

Parallèlement, à ces entretiens individualisés et orientés sur le suivi et l'organisation de la vie quotidienne, les émotions et le mal-être peuvent s'exprimer à travers des échanges informels, plus conviviaux.

Participant : « Mon éducatrice, elle m'écoute. Je sais que je peux lui parler, même si elle peut parler au reste de son équipe. Mais, quand ça ne va pas, on discute... Ici, c'est un peu comme une famille »

• **Les temps de vie collective**

L'hébergement au sein de l'Écluse et d'ADEF0 propose aux familles des appartements individuels. Parallèlement à cet hébergement transitionnel, les résidentes sont occupées par les tâches quotidiennes de préparation des repas, d'entretien (les femmes partagent la machine à laver au sein du CHRS). Ces temps de vie quotidienne sont l'occasion d'avoir des échanges conviviaux avec les intervenants sociaux et les autres résidentes.

► **Les activités artistiques et culturelles en groupe**

Si la parole peut apporter un soutien psychosocial, les ateliers collectifs artistiques, de loisirs, offrent d'autres modes d'expression permettant aux femmes de surmonter les difficultés à verbaliser. Il s'agit d'amener les résidentes et anciennes résidentes vers d'autres centres d'intérêts dans lesquels elles pourront trouver un support de valorisation. Les femmes choisissent librement ces ateliers en

fonction de leurs centres d'intérêts mais également de l'activité prise en charge par l'éducatrice elle-même. Pour les enquêtées, ces activités ont deux fonctions :

- **Un espace d'apprentissage et de découverte**

Les ateliers d'arts plastiques, de photographie offrent des apprentissages techniques et des moments d'échanges privilégiés qui visent un état de *Bien-être* mais aussi une ouverture sur la culture et le monde extérieur.

Participant : « *J'ai fait l'atelier peinture ou collage ou encore l'atelier jardin. Dans le jardin, on va faire des plantations de légumes. Et encore l'atelier informatique, on le fait avec quelqu'un qui sait manipuler l'appareil. J'aime bien, je suis curieuse et j'aime bien découvrir. J'ai de l'intérêt à tout faire.* »

- **Des modes d'expression des émotions**

Si les rendez-vous avec les intervenants sociaux permettent d'évoquer les difficultés conjugales, financières, les différentes activités collectives sont également des moments propices à l'écoute.

Participant : « *Ça fait aussi comme un temps de parole parce qu'on échange un temps. On se raconte des choses, ça ouvre l'esprit. Et quand on parle, quand on a un souci, on peut en parler. Et comme ça, après, on ne pense plus aux problèmes.* »

Au-delà des mots, les ateliers artistiques permettent aux participantes de solliciter d'autres supports pour s'exprimer et (re)découvrir leurs potentialités.

Participant : « *J'avais participé à l'atelier dessin. Le dessin m'appartenait déjà dès l'enfance. J'étais souvent en train de méditer entourée de quatre murs, je voyais des personnes dans les formes du papier peint. Quand je lui en ai parlé, elle m'a dit d'accord je vais chercher des chutes de papier peint. Elle a tenu sa parole, elle me les a apportés. Et puis j'ai commencé mes premiers dessins avec elle. Les expositions de dessins et puis même des propositions d'achat et je n'ai pas accepté. Et les dessins m'ont beaucoup aidée parce qu'il n'y a pas besoin de parler. Il n'y a pas besoin de dire. Encore une fois là aussi. Ce sont des manières de s'exprimer autrement qu'avec des mots, avec des formes, à mettre en forme certaines choses.* »

- **Une aide à la prise de conscience de soi et de ses ressources**

Les professionnels impliqués dans des ateliers mettent en place des projets socioculturels avec des partenaires extérieurs. Au sein de l'Écluse un court métrage a ainsi été tourné en collaboration étroite avec l'équipe et les résidentes. Parmi les prises en charge sociale plus classiques, ces projets artistiques ont été un support à la reconstruction identitaire. C'est à travers ce travail audiovisuel, qu'une des anciennes résidentes affirme être passée du déni à la prise de conscience de son état de santé physique et psychique.

Participant : « *On devait faire un court métrage avec l'équipe de l'Écluse. Et juste avant ce tournage j'ai fait une crise d'anorexie. C'est une maladie qui m'a accompagné aussi petite. Donc je ne pouvais pas la voir comme un ennemi je pouvais plutôt la voir comme quelqu'un qui est la plus proche de moi depuis mon enfance. Quand j'ai vu mon corps, j'ai été choquée, j'ai pris conscience et j'ai vu la maladie. Je me suis dit que ce n'était pas possible, j'ai eu un déclic vraiment intense (...) Une chose qu'on ne voit pas forcément même si on la côtoie. Je n'étais pas préparée à voir ça. C'était il y a trois ans en 2007. Après avoir vu ça les choses ont commencé à travailler dans ma tête. Je ne voulais pas voir ça. Et donc, ça m'a permis d'être un peu plus vigilante avec moi-même. Je fais attention à ne pas louper les repas, à dire attention.* »

Participant : « *Le court métrage ça m'a vraiment aidé avec des cours de théâtre, d'ateliers d'écriture. Sur quatre mois ça m'a permis de m'investir dans quelque chose malgré mon anorexie, j'ai pu le faire jusqu'au bout. Et j'ai gardé contact après. Je me suis chargée de la promotion de ce spectacle avec le premier contrat de ma vie à 27 ans. C'était dément, un contrat de deux mois et demi. Et deux mois après, j'ai trouvé un poste même d'une semaine, mais ça m'a prouvée que je suis capable de m'en sortir.* »

L'ensemble des activités expérimentées durant le séjour au CHRS sont perçues comme une aide au travail psychique permettant de se réassurer, et de redécouvrir des capacités, occultées par des conditions de vies précaires. La vie au sein de la structure procure une possibilité de vivre des expériences et de travailler sur le ressenti. C'est dans ce contexte qu'ont été proposées deux séances de soins esthétique et de relaxation (séances *Bien-être*) et que se met en place le projet d'un atelier *Bien-être* animé par une des éducatrices de l'Écluse.

Participant : « *Ce sont des ateliers de Bien-être ou artistique, mais le but c'est de se retrouver soi-même, avec les autres, mais soi même. Il faut commencer à renouer avec la vie et les autres. C'est comme un enfant à qui on apprend à écrire. C'est ce que je ressens. J'ai réappris à vivre avec tout ce qui m'entour. En passant par ce genre d'atelier, je suis capable d'écrire, de dessiner et puis je suis capable de m'investir. Dans un lieu comme ça, où l'on se sent en sécurité, on prend moins de risque qu'à l'extérieur. Ça aide au départ, et ça a permis de retisser les liens* ».

De manière générale, aucune des femmes interrogées ne s'est sentie dévalorisée ou gênée de bénéficier des services d'hébergement. A travers l'accompagnement social et les activités *d'Expression de soi*, les femmes se sont construites une identité plus « *affirmée* ». Elles ont l'impression d'être prises en compte et de découvrir ou de retrouver des capacités jusque là occultées.

- **La conciliation des activités socioéducatives et des ateliers Bien-être : un fonctionnement adapté**

Globalement, l'organisation des temps de vie et des activités collectives suppose un minimum de règles communes. Pour certaines résidentes, ce règlement est à la fois contraignant et structurant.

Participant : « *C'était régulier surtout la photographie, c'était un emploi du temps fixé, on ne pouvait pas être en retard ni annuler ça ce n'était pas une obligation mais c'était un devoir de respecter ça.* »

Contrairement aux autres activités des CHRS, les participantes déclarent apprécier le fonctionnement souple et adapté des ateliers *Bien-être*. Seules, certaines participantes de l'Écluse ont regretté la faible fréquence de cet atelier. Au-delà des différences organisationnelles (l'atelier mis en place à ADEFO est régulier au rythme d'une séance par mois tandis qu'à Écluse les séances ont été plus ponctuelles), la possibilité de concilier leurs activités quotidiennes avec l'atelier *Bien-être* a été vécue comme une forme de liberté parmi un ensemble de règles de vie communes imposées.

2. Le sens du mal-être et expériences des ateliers Bien-être

A la différence des ateliers *Expression de soi* (ateliers artistiques, jardinage, photographie) où la fréquentation est plutôt régulière, la participation aux deux ateliers *Bien-être* par l'Écluse est ponctuelle et souvent dépendante de la durée d'hébergement des résidentes. A ADEFO, l'atelier *Bien-être* est en revanche proposé mensuellement aux résidents. Au delà des différences organisationnelles et de la singularité des parcours des participantes les entretiens ont permis de distinguer deux significations majeures : l'atelier *Bien-être* comme une expérience pour soi, centrée

sur l'intimité et la confiance en soi et l'atelier comme une expérience tournée vers autrui, visant à restaurer ou améliorer la communication avec l'entourage et le monde social.

- **L'estime de soi du point de vue des participantes**

Si la précarité peut avoir un impact sur l'estime de soi, il convient de ne pas généraliser et restreindre cette difficulté aux seules populations socialement fragilisées. Certaines enquêtées déclarent avoir connu un sentiment de dévalorisation suite à des violences conjugales, le placement de leurs enfants ou une expulsion de logement. Toutefois, ce sentiment ne traduit pas nécessairement un état psychique permanent et global. Les femmes affirment également « *avoir toujours eu la force de s'en sortir* », même à des périodes de leurs vies marquées par le découragement et la « *honte* ». Là où les professionnels sociaux mobilisent le concept d'estime de soi, les participantes évoquent plutôt le sentiment de confiance en soi.

Dans l'ensemble, les participantes déclarent une amélioration de leur état émotionnel et de l'image qu'elles ont d'elles-mêmes. Ce constat est néanmoins formulé par des anciennes résidentes ayant retrouvé des conditions de vie plus favorables (logement, formation) ou des résidentes s'étant adaptées aux règles de vie en CHRS.

- ▶ **Une expérience pour soi**

L'atelier *Bien-être* est très souvent une première expérience du soin corporel, qui ne soit pas reliée à des problématiques de santé ou à des professionnels de santé. Cette dimension esthétique, non médicale, renouvelle l'attention des participantes sur elles-mêmes.

Participant : « *Ce sont les rares fois où j'ai du temps pour moi. C'est étrange mais je ne m'en pensais pas capable avant, et puis quand je vois les changements que la dame fait sur moi...ça change, c'est sûr. Je fais plus femme, plus assurée, peut-être, je ne sais pas* »

- **« Se laisser aller »**

Soumises à de nombreuses contraintes financières, socioprofessionnelles, élevant fréquemment seules leurs enfants, les résidentes envisagent difficilement l'avenir avec sérénité. Même si elles déclarent une amélioration certaine de leurs situations, les conditions de vie sont vécues comme anxigènes. Entre la recherche d'emploi, les formations, la prise en charge des tâches domestiques et éducatives, les rendez-vous avec les travailleurs sociaux et le temps consacré aux démarches administratives, les femmes interrogées évoquent un sentiment de pression permanente. Face à cela, « *S'en sortir* » et « *se battre pour les enfants* » sont des affirmations fortes pour ces femmes. Pour cela, elles s'imposent un contrôle de soi qui laisse peu de place à la détente et au repos. Dans ce contexte, les ateliers *Bien-être* leur ont ainsi permis, momentanément, de « *lâcher prise* ». Alors que les activités artistiques, culturelles de l'établissement impliquent les femmes dans un processus de création (réalisation de tableaux, de photos, atelier d'écriture), les ateliers *Bien-être*, a contrario, proposent une activité « non productive ». Ces séances leur permettent non seulement d'évacuer du stress mais aussi de découvrir de nouvelles façons d'être ou de s'exprimer autrement que dans l'action ou la production.

Participant : « *Il y a une grande différence avec l'atelier photographie ou peinture, car on crée quelque chose pour nous même alors que l'atelier Bien-être c'est l'esthéticienne qui crée une personne belle. Donc, c'est ça, là on se laisse faire, on se laisse aller* »

Au sein de leurs vies quotidiennes, les séances de massage des ateliers *Bien-être* ont été des espaces-temps où elles ont pu recouvrer, parfois, certaines capacités physiologiques comme le sommeil.

Participant : « *Et puis j'y suis allée comme ça et puis j'ai été étonnée de m'être autant laisser aller. Je me suis dit que j'étais capable de me détendre...et peut être d'avoir réussi à m'endormir, alors que parfois pour m'endormir il faut que je mette la télévision et la lumière. Pour m'endormir c'est tout un parcours du combattant. Se laisser guider vers la détente ! C'est bien plus d'ailleurs, c'est un assoupissement* »

Participant : « *J'ai aimé pouvoir me lâcher* »

Participant : « *La dame qui faisait ça, m'a rassurée et je me suis laissée faire. J'étais bien et je me suis même endormie.* »

- **Retrouver la notion de plaisir**

De par leurs origines sociales, leurs situations économiques ou familiales, la plupart de ces femmes sont éloignées de ce type de prestation (massage, esthétique, méditation) et plus largement de l'idée de *Bien-être*. Les ateliers *Bien-être* leur permettent aux résidentes d'accéder à une activité ludique et apaisante, difficilement envisageable en dehors du CHRS. Pour les anciennes résidentes de l'Écluse, l'invitation à l'atelier a également constitué une parenthèse récréative dans leur quotidien. A l'instar des activités culturelles mises en place au sein des CHRS, les ateliers *Bien-être* permettent aux femmes de se sentir « autorisées » à « prendre du temps pour soi » et de réhabiliter une forme de « droit » au loisir. L'atelier *Bien-être* prolonge et complète, dans une certaine mesure, le travail d'apprentissage du plaisir effectué à travers les activités artistiques en procurant un *Bien-être* physique.

Participant : « *J'ai été étonnée parce que j'ai réussi à m'endormir, quel luxe !* »

Participant : « *On ne fait pas souvent, voire jamais, ce genre de massage au visage parce qu'on n'a pas l'occasion, avec le train-train quotidien, on n'a pas le temps de prendre soin de soi. Moi, le dimanche, je suis sportive, je cours je prends soin de mon mental, mais après, mon corps, c'est autre chose.* »

- **Surmonter un sentiment de détresse**

Pour certaines résidentes et anciennes résidentes, l'atelier *Bien-être* est intervenu à un moment difficile de leur vie au sein des CHRS. Ce sentiment de détresse traduit une période de transition, où les résidentes n'ont pas encore résolu leurs problèmes sociaux ou familiaux et doivent faire l'apprentissage de la vie en établissement collectif. Le manque de repère évoqué par les résidentes et anciennes résidentes est temporaire et correspond à la phase d'installation au CHRS et de transition entre le domicile et la résidence collective.

Participant : « *Le bien-être c'est être bien dans soi-même, surtout à cette période-là, moralement, je n'allais pas très bien. Et je sais que prendre soin de soi-même ça remonte le moral. J'étais en détresse. J'avais plein de soucis qui ont fait que je n'arrivais même plus à me regarder dans la glace. C'est pas que je me détestais, c'est que je n'acceptais pas la personne. J'étais une personne qui passait des moments un peu difficiles. C'est vrai qu'à l'Écluse ça c'est bien passé, on était bien accueillis. Mais ce n'était pas chez moi, les problèmes personnels n'étaient pas encore résolus.* »

Participant : « *A ce moment, j'étais très attristée donc ça a fait du bien. Le fait d'être dans une institution pareil. Pas mal de choses qui tournaient dans ma tête. Donc quand il y a eut l'atelier esthétique ça m'a permis de me décompresser. Je venais d'accoucher de mon fils en plus et j'avais une césarienne. J'étais en détresse...* »

- **Retrouver la confiance en soi**

L'ensemble des participantes constate une modification positive de l'image qu'elles ont d'elles-mêmes. « *Se sentir mieux dans sa peau* », « *être différente* » ou « *rayonner* » sont des expressions

récurrentes. Si les prises en charge psychologiques s'appuient sur l'écoute, l'atelier *Bien-être* propose, entre autres, une prise en charge psychosociale par le regard.

A travers cet atelier, les femmes interrogées portent un regard rétrospectif sur leurs parcours. En comparant leurs situations avant et après leur passage à l'Écluse, elles observent les changements et progrès accomplis, dont l'image de soi, le regard bienveillant porté sur l'apparence reflètent, dans une moindre mesure, une forme d'aboutissement de leurs parcours.

Participant : « *C'était difficile pour m'ouvrir parce que j'étais très renfermée mais l'Écluse m'a appris à avoir confiance en moi, à parler avec des gens. Avec l'atelier aussi, J'ai repris confiance en moi. On se sent belle.* »

Participant : « *J'avais l'impression d'avoir un visage terne. Avec ce maquillage, j'ai vu mon visage rayonnant, avec ce que tu traverses, c'est une étape de la vie mais il faut te maquiller pour rayonner.* »

Au-delà des séances *Bien-être*, la démarche de participer à ce type d'atelier reflète l'évolution positive de leur situation. Pour les femmes interviewées, ayant subi des violences conjugales, notamment, participer à cet atelier, c'est renouer avec une activité et des gestes corporels autrefois inenvisageables car interdits par leurs conjoints. L'atelier *Bien-être* est ainsi l'expression d'une liberté retrouvée.

Participant : « *C'était important qu'on prenne soin de moi à ce moment-là, surtout que ça faisait un moment, trois quatre ans, je dirais, car mon ex-conjoint n'était pas très d'accord. C'est l'esthétique ... Ça va bien avec l'Écluse, c'est l'histoire de procurer du bien-être aux résidentes pour qu'elles se sentent mieux dans leur peau.* »

Participant : « *Maintenant, j'ai plus de temps, j'ai encore la petite avec moi, la recherche d'emploi, mais je me permets même parfois de m'acheter des trucs pour moi. Des crèmes, des gommages, des crèmes hydratantes. Je me coiffe, j'aime bien me regarder dans la glace. Avant de sortir, il faut que je sois belle, ça fait femme. Ça ne fait pas femme battue.,, »*

Participant : « *Ça change l'image de soi cet atelier bien-être... Bien sûr, c'est temporaire, mais quand on se regarde dans la glace avec une peau bien nettoyée, bien maquillée, c'est mieux que de se regarder comme ça. C'est différent. Je me suis dit : « tu peux être belle quand même. Tu peux être différente ». Parce qu'avant, comme je vous ai dit, je n'aimais pas me maquiller, ni me regarder.* »

Cet atelier prend son sens par l'accompagnement social global qui entoure les femmes et prolonge le travail sur l'estime de soi réalisé avec les professionnels sociaux.

- **« Prendre soin de soi » : entretenir un nouveau rapport au corps**

Certaines études ont souligné la place centrale du corps face à l'exclusion et la précarité. *Dans l'espace privé ou dans l'espace économique, le corps est surexposé, surexploité physiquement, psychologiquement* »³⁰. Pour ces participantes, la précarité sociale et des environnements familiaux difficiles voire maltraitants ont marqué leurs corps au point de le dissocier de leur personnalité et de leur état de santé.

Ces recherches rappellent aussi que le corps constitue « *souvent le dernier bien et la dernière chose sur laquelle les personnes démunies puissent agir* »³¹. Du corps malmené, violenté, au corps malade ou « oublié », c'est sur cette ressource physique que les femmes réinvestissent le souci de

³⁰ DAMBUYANT-WARGNY Gisèle, *Quand on n'a plus que son corps. Soins et non soins en situation de précarité*, Paris, 2006, Armand Colin

³¹ *Ibid.*

prendre soin de soi. Au delà des bilans de santé et des prises en charge médicales, l'attention esthétique, les gestes quotidiens du soin et de la toilette remobilisent les personnes sur leur corps et y constituent des supports psychosociaux pour se valoriser. Au-delà de cette attention, les femmes adhèrent, à travers ces ateliers, à la norme de prendre soin de soi et de la norme de la féminité.

Participant : « *Je ne le cache pas, chez moi je prends plus soin de moi. Avant, j'étais venue à l'Écluse en pleurant, dans la peur, pour des trucs que je ne peux même pas décrire. Mais là, je ne pense pas à ça. C'est une période passée de ma vie.* »

Participant : *Je me suis rendu compte que mon corps est capable de ressentir les choses comme mon mental. J'ai appris à prendre soin de moi.*

ORS : *Quand vous dites prendre soin de soi, qu'est-ce que c'est pour vous ?*

Participant : *Je prends soin de mon mental, je le purifie et puis se tester mentalement, extérioriser tous les coups durs de la semaine et qui peuvent apporter des ondes négatives comme ça et le corps ça peut être une arme pour extérioriser tout ça. Pour moi c'est ça prendre soin de soi mais c'est vrai que lorsqu'on court c'est brutal ça, ça engendre pas mal de conséquences. Donc ça fait du bien au mental mais pas forcément au corps parce que c'est quelque chose d'endurant. Prendre soin de soi, c'est accepter son corps, de s'en faire un ami.*

Participant : « *Maintenant, je m'achète des choses, j'essaie de faire attention à moi-même chez moi. Parce que dehors, c'est assez cher donc je ne peux pas me permettre. Donc, cette expérience, nous a montré qu'en faisant plaisir à soi-même, avec des soins du visage, les massages, les crèmes tout ça, on peut se sentir bien après, ça c'est sûr. Moi, c'est cette expérience qui m'a permis de savoir tout ça. »*

Si les ateliers *Bien-être* représentent pour ces femmes l'occasion de prendre en considération leurs capacités et de se plaire à elle-même, ils leur ont également permis de porter un regard nouveau sur le sens des ruptures sociales qu'elles ont vécues.

Participant : « *Cet atelier ça touche vraiment le corps de la femme »*

Participant : « *Il y a des femmes qui n'aiment pas assister à ce genre d'atelier. Par exemple, pour les conditions de vie en couple, la femme qui se fait battre par son mari... Il y a des femmes qui ne préfèrent pas plaire à leur mari, donc, elles se laissent faire parce qu'elles détestent leurs maris. En fait, c'est tout un cercle. Elle ne peut pas faire plaisir à son mari parce qu'elle déteste son mari, du coup, elle ne s'aime pas, elle ne peut pas se voir dans la glace. »*

- **Une expérience tournée vers autrui**

Activités propices à la détente et à la prise de conscience de ses potentialités, les ateliers *Bien-être* constituent également des ressources pour mieux appréhender les questions liées à l'insertion et restaurer les liens de confiance envers autrui .

- **Retrouver la confiance en l'autre**

Vivre en permanence dans la crainte de l'avenir ou d'un proche peut générer une attitude générale de méfiance. Face à la perte de leur emploi, de leur logement, à l'exclusion et aux violences, des participantes affirment avoir mis une distance entre elles et la société. Au sein de l'Écluse, des relations de confiance avec les éducatrices se sont néanmoins progressivement substituées aux sentiments de défiance. Dans ce prolongement, l'atelier *Bien-être* a été un « déclic » pour certaines participantes. Elles ont pu confier pour la première fois leur corps ou leur visage à une professionnelle autre qu'un médecin ou une infirmière. Confier une partie de soi n'est pas une démarche simple, certaines femmes ont hésité et avaient des appréhensions avant de participer à cet atelier.

Participant : « *On m'a invitée à venir à cet atelier. C'était un vrai challenge. J'y suis allée à reculons, parce que ce n'est pas toujours facile de confier son corps à*

quelqu'un, même si c'est une femme. Parfois on peut aussi avoir peur de se reposer, surtout lorsqu'on est habitué à être actif à ne compter que sur soi ».

Participant : *« Je suis capable aussi de recevoir le corps de l'autre. J'ai eu différents sentiments sur le plan mental, psychologique, physique! Alors vraiment j'ai un très bon souvenir. C'était il y a quand même un an, mais c'est encore présent parce que c'est une très bonne expérience, qu'on est capable de se détendre, de se confier à l'autre et de tisser des liens. »*

L'approche du corps par l'atelier *Bien-être* participe à la restauration de la confiance en autrui et plus largement des liens sociaux dans et hors du CHRS. Pour les enquêtées, et notamment les anciennes résidentes qui sont parvenues reconstruire leurs vies, le corps est le révélateur ultime de leur intégration sociale. Confier ou exposer son corps ou son visage marque, dans une certaine mesure, l'aboutissement de leur reconstruction sociale.

- **Renouer avec la sociabilité et maintenir les liens tissés avec les professionnels**

De manière générale, les résidentes partagent des difficultés communes, qui les amènent à tisser des relations conviviales entre elles. Les rencontres et activités collectives se font également dans le cadre de l'association et les échanges abordent fréquemment les problèmes familiaux, sociaux, l'hébergement. Dans ce contexte, l'atelier *Bien-être* permet de renouveler les liens entre les résidentes sur un registre plus ludique. Au centre d'esthétique, les participantes ont pu expérimenter une sociabilité hors institution et partager, momentanément, des moments autres que ceux liés aux difficultés quotidiennes.

Participant : *« Ça fait du bien, ça fait beaucoup de bien. Et je vous assure qu'avant d'y aller, et après, quand on est sortie, c'était différent. On est sorties, j'ai vu d'autres femmes avec moi, qui, avant, n'avaient jamais été maquillées. En se voyant comme ça, elles étaient d'autres femmes. En plus, en rentrant du centre, on est parties totalement comme ça, on a pris un café, on s'est éclatées tellement on se sentait bien, alors qu'avant ce n'était que des rendez-vous pour parler des soucis, des problèmes. »*

Pour les anciennes résidentes de l'Écluse, participer à l'atelier *Bien-être* est l'occasion de reprendre contact ou de revoir les professionnelles et d'anciennes résidentes. Dans le prolongement des sorties organisées, cet atelier fait partie des activités qui font perdurer la convivialité et les liens tissés. Le maintien de ces liens est parfois d'autant plus important que l'Écluse symbolise un recommencement de leurs vies et un repère affectif et social solide.

Participant : *« Comme pour cet atelier, quand ils m'appellent pour me tenir informée et là, j'ai reçu un courrier qui me disait qu'il y avait une sortie, je suis venue m'inscrire. J'ai vu quelques contacts c'est bien. Et j'ai revu mon ancienne éducatrice, enceinte en plus, j'étais contente »*

Participant : *« On n'est pas toujours restée en contact mais il y a d'autres femmes avec qui on se voit de temps en temps. On a vécu une année, on est arrivé presque en même temps, elle a eu deux enfants j'en ai eu un. On se motivait. Il y avait toujours une qui était là pour l'autre. On savait tout ce qu'on avait laissé derrière nous. On n'avait pas besoin de s'étaler. La voir à cet atelier, c'était chouette, on s'est retrouvées et avec les professionnels aussi. »*

- **S'évader de la collectivité et des contraintes liées à la vie en établissement**

Même si l'Écluse et ADEFO sont synonymes de « *refuge* » et d'« *espaces de liberté retrouvée* » pour les résidentes interrogées, les règles de la vie collective peuvent être plus ou moins bien acceptées. Face à cela, les ateliers *Bien-être* offrent une parenthèse où les résidentes peuvent mettre temporairement de côté les contraintes liées à la situation d'hébergement collectif. Le mal-être exprimé concerne plus particulièrement les résidentes vivant une phase d'adaptation à la structure ou

confrontées à une situation d'hébergement qui perdure. Ainsi, pour une des participantes interviewées, l'atelier *Bien-être* fut la seule activité du CHRS à laquelle elle a participé au cours de son séjour.

Participante : « *Ici, c'est une très bonne équipe. Elles sont à l'écoute, elles sont là mais les locaux, les apparts, ce n'est pas possible. J'étouffe carrément, je voudrais retrouver mes meubles, ici, la salle, la machine à laver à partager, et tout, j'ai l'impression d'être dans un hôpital. Je voudrais rentrer chez moi, avoir mon appartement et avoir mes meubles. J'aurai dû déménager juillet août et je suis toujours ici. (...) L'atelier, le massage du visage ça m'a permis de m'évader, pour une fois je n'avais pas à parler* »

Participante : « *Étant donné que c'était la première fois que je vivais en foyer, c'est vrai que je n'imaginai pas ça comme ça, mais c'est bienvenu que ça se passe ainsi. Je savais qu'il y avait quelqu'un pour nous suivre, mais qu'on nous dise de ne pas faire ceci ou ça, non. Nous n'avons pas le droit d'avoir une machine à laver dans l'appartement donc, le linge, on le lave au bureau. Mais, c'est comme ça, pour moi ça ne me pose pas de problèmes.(...) L'atelier, par rapport à ça, m'a permis de décompresser de tout ça, de ma vie, de mon accouchement aussi.*»

Si aucune activité collective n'est obligatoire au sein des CHRS, les professionnelles conseillent et orientent les femmes sur certains ateliers. Pour certaines résidentes, les ateliers collectifs font partie du contrat convenu avec les structures et représentent une forme de contre partie qu'elles acceptent avec plus ou moins d'enthousiasme. A contrario, les ateliers *Bien-être* sont nettement distincts de toute forme de contrat. Pour ces quelques femmes qui vivent l'expérience au sein des CHRS comme salubre mais « étouffante », les ateliers *Bien-être* se différencient de toute forme d'engagement contractuel ou de réciprocité envers le contrat d'insertion sociale convenue avec les professionnels sociaux.

Participante : « *Le fait d'être dans une institution pareille, il y avait pas mal de choses qui tournaient dans ma tête. On doit faire telle chose, puis une autre activité, on doit changer des choses chez nous. C'est normal, j'entends bien, on l'accepte et dès le départ, c'est conclu avec les éducatrices, je ne le critique pas. Donc quand il y a eu l'atelier esthétique ça m'a permis de décompresser.* »

- **L'image de soi pour l'entourage**

Pour les femmes interviewées, la réhabilitation de la confiance en soi passe également par le regard des autres. L'aspect physique, la présentation de soi semble jouer un rôle privilégié dans leurs relations affectives avec les proches, notamment les enfants. Derrière les considérations esthétiques, l'image de soi participe au maintien d'une figure et d'une fonction parentale « positive ».

Participante : « *Je prends beaucoup soin de mon corps alors ça a eu un déclic je me suis dit qu'avant je n'étais pas comme ça. Je le fais pour moi, mais aussi pour ma fille. J'essaie de préserver cette image pour ma fille.* »

Participante : « *Si quelque part, cette image peut apporter un plus à ma fille, à moi et à mon entourage, pourquoi ne pas continuer comme ça.* »

Participante : « *J'aime les soins et tout ce qui touche à l'esthétique. Ma fille veut en faire son métier, elle envisage de travailler dedans et elle s'occupe pas mal de moi, je la soutiens un peu comme ça* ».

Pour les participantes comme pour certaines structures d'insertion professionnelle, la recherche et l'obtention d'un emploi suppose un corps en bonne santé et une présentation de soi conforme aux attentes du monde professionnel. C'est pourquoi, les participantes ont privilégié plus particulièrement les soins du visage car « *c'est la première chose que l'on regarde* ». Le visage constitue, dans une certaine mesure, un marqueur corporel de la situation sociale, qu'il importe pour ces femmes de mettre en avant.

Loin d'être l'objectif premier de cet atelier, pour certaines femmes, cet atelier *Bien-être* contribuerait néanmoins à assurer une meilleure insertion sociale et professionnelle.

Participant : « Ça a apporté un éclat au niveau de mon visage. C'est lisse après le massage. Et c'est important, parce que ce que les gens regardent en premier c'est le visage (...) Je pense que c'est important parce qu'il y a des gens qui vont vous juger par rapport à votre tenue vestimentaire, mais aussi sur vos propos que vous allez tenir. »

- **Mieux communiquer avec les intervenants sociaux**

Les activités artistiques, culturelles, le temps des repas ainsi que l'aide aux démarches administratives sont des moments privilégiés d'écoute. L'ensemble des femmes rencontrées insistent sur la disponibilité des éducatrices et l'écoute dont elles peuvent bénéficier. Si les ateliers *Bien-être* n'ont pas profondément modifié les échanges entre résidentes et professionnelles, ces dernières posent néanmoins le même constat : l'atelier *Bien-être* est un support pour aborder certaines problématiques liées au corps et aux émotions, en dehors des problèmes de santé.

Participant : *Bon c'est vrai, après on fait un retour aux éducatrices. Elles ne le demandent pas, mais ça vient comme ça dans la conversation. On en parle, j'ai pu lui dire ce que j'avais ressenti, mes émotions.* »

C. L'orientation et le recours aux professionnels de santé

La participation aux ateliers *Bien-être* favorise-t-elle l'orientation ou le recours aux soins ? Si, effectivement les enquêtées affirment prendre davantage soin d'elles par une meilleure alimentation, des gestes esthétiques quotidiens ou un recours un peu plus fréquent au médecin généraliste, le travail sur la confiance en soi ne suffit pas et se heurte aux obstacles sociaux et financiers d'accès aux soins.

1. Les définitions de la santé

Au moment de l'enquête, la totalité des femmes, à une exception près, ont déclaré se sentir mieux. Pour les résidentes et anciennes résidentes, la santé renvoie principalement à la santé psychique.

Participant : « C'est être bien dans sa peau. C'est ne plus avoir de soucis. D'être embêtée par telle ou telle personne, avoir des problèmes d'argent aussi, et puis tout va bien. »

Participant : « La santé, c'est se sentir bien dans sa peau, être zen »

L'intérêt pour la santé répond à une préoccupation professionnelle. Il s'agit de pouvoir compter sur un « corps en bonne santé », « fonctionnel », afin d'assurer leur insertion professionnelle.

Participant : « Quand je suis arrivée, je ne connaissais pas la ville, j'ai jamais entendu parler de Chalon-sur-Saône. Donc, on nous explique un peu, on donne l'itinéraire pour faire les courses. Après, ils nous ont orienté vers des professionnels de santé, pour les médecins, l'hôpital... Il faut être d'aplomb pour commencer à chercher de l'emploi ».

2. Le recours aux professionnels de santé et de santé mentale

Si la santé, comme le logement ou l'éducation des enfants, demeurent une priorité pour les femmes interrogées, le recours aux professionnels de santé est en revanche plus problématique. Le recours est conditionné non seulement par les ressources financières et la couverture de l'assurance

maladie mais également par les charges éducatives, sociales, professionnelles auxquelles sont confrontées les femmes. Les tâches du quotidien cumulées à l'activité professionnelle peuvent constituer des obstacles à l'accès aux professionnels de santé.

Participant : « *Un psychologue peut-être, une esthéticienne, un spécialiste, c'est tout ce que j'ai envie... Quand on a des problèmes de santé, on ne pense pas à consulter* »

L'accès aux soins est aussi limité par le manque d'information concernant les professionnels de santé. Les anciennes résidentes notamment ne disposent plus des ressources informationnelles des CHRS pour s'orienter ou les consulter. (Certaines d'entre elles n'habitent plus Chalon-sur-Saône ou Dijon). En outre, pour certaines femmes n'ayant pas de moyens de locomotion propres, la mobilité géographique constitue une limite supplémentaire.

Selon les ressources informationnelles, financières, disponibles, la consultation des professionnels de soin de première ligne varie. Le médecin généraliste reste néanmoins le professionnel le plus sollicité, devant les services de PMI, les pédiatres et les services de CMPP. Le rôle du médecin traitant est également variable, allant d'un prescripteur médical à celui de soutien moral.

Participant : « *Si je suis malade. Je vais ici pour essayer d'appeler le médecin pour avoir un rendez-vous.* »

Ors : *vous avez déjà parlé de vos difficultés à un médecin ?*

Participant : « *Non, parce que je me dis qu'il n'est pas là pour ça, il est là pour les maladies.* »

L'accès difficile aux soins est moins prégnante pour les résidentes des deux structures, qui sont plus facilement orientées et accompagnées dans leur démarches de soins par les travailleurs sociaux vers les professionnels de santé d'une part et qui ont accès aux contacts et réseaux des structures CHRS d'autre part.

A ADEFO, les résidentes peuvent consulter certains jours par semaine un médecin généraliste et une psychologue. Toutefois, conformément aux observations des TISF, les enquêtées privilégient les services d'urgence, SOS médecin, SOS 21, considérés comme plus accessibles.

À l'Écluse, une seule enquêtée a déclaré refuser tout recours aux soins. Ce refus s'inscrit dans une attitude globale face à la précarité et la situation d'hébergement. La situation d'hébergement est vécue comme une contrainte. Le sentiment d'étouffement et d'échec domine le discours. Consciente d'être fortement dépendante de ces services, le recours à l'Écluse est toutefois accepté grâce à l'écoute et l'aide des éducatrices.

Participant : « *Non, j'ai refusé, on me l'a proposé mais j'ai refusé, et le psy ce n'est pas la peine. Le corps tout ça non, ce n'est pas ma tasse de thé. Je suis complètement éloignée de tout ça.* »

Concernant les professionnels de santé psychique, le recours aux psychologues ou aux psychiatres est rarement mentionné. Si les femmes l'envisagent, la démarche reste encore lointaine pour la majorité d'entre elles. Une seule participante interrogée prise en charge par ADEFO a consulté la psychologue du CHRS au début de son séjour. Cet entretien psychologique lui a permis de mieux appréhender la transition entre son domicile et l'hébergement en CHRS :

Participant : « *Quand je suis arrivée ici, mon éducatrice m'a conseillé d'aller voir la psy. Et je lui ai juste parlé de mon emménagement ici, de mes angoisses, elle m'a rassurée...* »

3. Effet des ateliers Expression de soi et Bien-être sur la perception de la prise en charge psychosociale

Pour certaines participantes, les ateliers *Bien-être* et plus largement certaines activités *Expression de soi* (participation à un court métrage) ont permis de découvrir des approches du *Bien-être* ni médicales, ni vraiment sociales. Pour certaines enquêtées, ces ateliers ont éveillé une certaine « conscience de soi ». En dehors des démarches administratives, sociales avec les éducatrices, certaines femmes ne se sentaient pas autorisées à parler d'elles-mêmes. Parler de soi c'était afficher une forme d'égoïsme et d'indiscrétion. Suite à ces ateliers, il leur est désormais plus aisé de parler de soi sans éprouver de la gêne ou de l'embarras. Dans ce prolongement, ce type d'activité a permis, dans une certaine mesure, de dédramatiser les approches psychologiques.

Participant : « *Après l'atelier Bien-être je me suis sentie plus confiante, plus de confiance en l'autre, c'est important. Je vois ça sous un jour nouveau... Faire attention à soi oui, je me suis aperçue que ça m'aidait alors après on verra, si je ressens encore de la souffrance, pourquoi pas aller voir un psychologue...* »

CONCLUSION

Suite aux difficultés du terrain, la principale limite de cette étude est d'avoir interrogé uniquement les participants aux ateliers *Bien-être* ainsi que les consultants EAC de « longue durée ». Il serait intéressant pour compléter l'analyse, de donner la parole aux hommes et femmes des CHRS qui n'ont pas participé à ces ateliers ou qui ont refusé de s'y inscrire ou encore d'interviewer des personnes qui viennent de prendre contact avec EAC. Pour cela, l'enquête nécessite un temps d'immersion et d'observation ethnographique prolongé afin de tisser des relations de confiance directement avec les différents publics accueillis et pris en charge.

A ces réserves près, l'étude apporte un élément important : ces deux dispositifs mettent en œuvre des moyens pour répondre à des besoins clairement distincts. Dans le cadre d'EAC, la prise en charge psychothérapeutique participe d'abord à la reconstruction identitaire des consultants au-delà de la réhabilitation sociale. Pour cela, les principes et le fonctionnement de l'association ont pour objectif de lever les barrières psychosociales, financières, géographiques de l'accès aux soins psychiques, sans étiqueter les consultants comme « personnes précaires ».

En ciblant les personnes en situation de précarité, les ateliers *Bien-être* proposent une première expérience de prise en charge psychosociale où derrière une mission de réinsertion sociale, il s'agit de retisser des liens entre des personnes fortement fragilisées et désocialisées et les ressources psychiques « ordinaires » de la vie quotidienne que sont le plaisir, la détente, la confiance en soi. En ce sens, l'action des ateliers *Bien-être* renvoie à une définition large et positive de la santé, qui ne désigne pas seulement l'absence de maladie, mais c'est "(...) *une ressource qui permet à un individu ou à un groupe, d'une part de réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, d'autre part, d'évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci*" (OMS - 1986) ; c'est encore la "(...) *capacité physique, psychique et sociale d'une personne d'agir dans son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer...*" (1991).

Les programmes de réhabilitation psychosociale envisagent généralement l'estime de soi sous un angle individuel. Nombreux sont les accueils psychologiques ou séance *de coaching* qui renvoient l'utilisateur à l'autonomie et à la responsabilité individuelle sans que ce dernier soit en condition ou en situation de pouvoir le faire. Les expériences de prise en charge psychosociale à EAC ou les ateliers *Bien-être* expérimentés au sein des deux CHRS proposent en revanche des alternatives innovantes. Tout d'abord, les équipes professionnelles prennent en considération le contexte, les ressources disponibles et les potentialités des personnes. Par ailleurs, ces dispositifs n'opposent pas approche individuelle et collective mais au contraire les rapprochent, afin de proposer les solutions les plus adaptées aux besoins des consultants.

Les ateliers *Bien-être* comme les consultations à EAC ne sont pas uniquement des lieux de production de soins psychiques et de travail social. Ils sont aussi des lieux où se créent des solidarités entre professionnels et « usagers ». Ces relations participent plus largement aux liens sociaux d'intégration, ceux qui relient les personnes à un groupe d'amis, de voisins, de travail. L'écoute, le réconfort comme les relations affectives favorisent de tels liens.

Enfin, les ruptures et la précarisation des conditions de vies s'accompagnent d'un sentiment d'abandon voire de marginalisation. Les personnes ainsi fragilisées peuvent se sentir exclues de la communauté. Face à cela, fréquenter une structure comme EAC, qui assure une égalité statutaire entre les consultants ou renouer avec des émotions et des plaisirs quotidiens valorisants, participent, dans une certaine mesure, à la recomposition d'un sentiment d'appartenance à la société.

Compte tenu de ces informations, un des apports irréductibles de ces types d'intervention ou d'un appui psychologique est de redonner aux personnes les ressources pour accomplir les « rôles » qu'elles entendent assurer.

BIBLIOGRAPHIE

Textes réglementaires

- Circulaire n°96/378 du 14 juin 1996 relative à la mise en place de points d'accueil pour les jeunes âgée de 10 à 25 ans, Ministère du Travail et des affaires sociales et secrétariat d'État chargé à l'action humanitaire.
- Circulaire DAS/DSF1 n° 97/280 du 10 avril 1997 relative à la mise en place de points d'écoute pour les jeunes et/ou parents, Ministère de l'Aménagement du territoire, de la Ville et de l'Intégration et Ministère délégué à la ville, abrogée par la Circulaire DGS-DGAS n°2002/145 du 12 mars 2002 relative à la mise en œuvre d'un dispositif unifié des points d'accueil et d'écoute jeunes.
- Circulaire DGS/6C/DHOS/02/DGAS/DIV n° 2001/ 393 du 2 août 2001 d'orientation relative aux actions de santé conduites dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) dans le champ de la santé mentale.
- Loi du 28 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions
- Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins dits de 1^{ère} génération (2001-2003)
- Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins de 2^{ème} génération (2005-2007)

Documents administratifs

- Rapport d'activité EAC, 2009
- Fiche action de l'atelier Bien-être, CHRS ADEFO Blanqui

Ouvrages et articles de référence

- BAZIN Fabienne, CHAUVIN Pierre, PARIZOT Isabelle, *Enquête « Santé, inégalité et ruptures sociales dans cinq ZUS d'Île-de-France »*, INSERM, 2001
- BRESSON Maryse, *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*, Paris : L'Harmattan, 2009, coll. Logiques sociales.
- CASTEL Robert, *La gestion des risques. De l'anti psychiatrie à l'après psychanalyse*, Paris : Éditions de Minuit, 1981.
- DAMBUYANT WARGNY Gisèle, *Quand on n'a plus que son corps, Soins et non soins en situation de précarité*, Paris : Armand Colin, 2006, 236 p.
- FASSIN Didier, *Les figures de la santé publique*, Paris, La Découverte, 1997
- FASSIN Didier, *Des maux indicibles, Sociologie des lieux d'écoute*, Paris : La Découverte, 2007, coll. Alternatives sociales
- FURTOS Jean, Rhizome - Bulletin national santé mentale et précarité, « Précarité du monde et souffrance psychique », n°5, janvier 2001.
- GOFFMAN Erving, *Stigmates, les usages sociaux du handicap*, Paris : Éditions de Minuit, 1992.
- Haut Comité de Santé Publique, *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*, Février 2000, 132 p.
- JOUBERT Michel, DEMAILLY Lise, BRESSON Maryse et l'équipe IFRESI, *Les modes de coordination entre professionnels dans le champ de la prise en charge des troubles psychiques*. Convention IFRESI/DREES MIRE/INSERM, CCOMS France, 2005 245 pp.
- JOUBERT Michel, *Santé mentale, ville et violence*, Eres, 2003.

- JOUBERT Michel, « Santé mentale : enquête sur l'accueil d'urgence », *La santé de l'homme*, n°388, mars avril 2007
- LAZARUS Antoine, *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher, rapport du groupe de travail "ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale*, février 1995.
- PARIZOT Isabelle, *Soigner les exclus*, Paris : PUF, coll. Lien social.
- PAUGAM Serge, *La disqualification sociale*, Paris : PUF, 1998.
- Regards croisés sur la santé mentale. De la prise en charge des troubles mentaux à la promotion de la bonne santé psychique, ORS Bourgogne, septembre 2010.



Observatoire régional de la santé de Bourgogne

Parc de Mirande
14 H rue Pierre de Coubertin
21000 DIJON

☎ 03 80 65 08 10 Fax 03 80 65 08 18

✉ Ors.Brg@wanadoo.fr Site : ors-bourgogne.org