

## Bulletin national santé mentale et précarité

# Le Nouveau Management Public est-il néfaste à la santé mentale ?

édito

Jean FURTOS  
Christian LAVAL

L'orientation de ce numéro s'est reformulée au cours de son élaboration. Elle portait au départ sur la question « *des conditions préalables pour des pratiques acceptables en santé mentale* », ce qui supposait que certaines soient inacceptables. Chemin faisant, la question du Nouveau Management Public (NMP) s'est imposée.

Le NMP a émergé il y a trente ans, avec l'objectif de faire passer les administrations publiques au *management*, donnant aux *managers* l'autonomie pour accomplir efficacement les actes qui incombent à leurs organisations, avec l'idée du meilleur rapport qualité prix. Le cliché du « rond de cuir » devait intégrer les modes de faire du privé. L'objectif d'augmenter la puissance d'agir des usagers comme des professionnels faisait partie des effets attendus.

Mais certains *effets* inattendus se sont manifestés progressivement.

En ce qui concerne les usagers, le consumérisme et la judiciarisation sont devenus les corrélats obligés de l'insistance accordée aux actes à réaliser, avec cependant l'émergence positive du contre-pouvoir des associations d'usagers et des nouvelles pratiques de pair aidant, qu'il faut prendre en compte, en santé mentale comme ailleurs.

Quant aux professionnels, ils ont eu de plus en plus l'impression de devenir de simples exécutants, sommés d'accomplir ce qui leur est imposé de l'extérieur, dans l'urgence, leur donnant l'impression d'être en réalité « désœuvrés » par rapport aux valeurs portées par les métiers, surtout quand ceux-ci concernent les relations interhumaines.

Certes, tout travail est effectué en vue d'une « production » qui dépasse celui qui la produit. C'est le *côté impersonnel et utile du travail*. Prodiguer des soins, faire un dossier, c'est ce pour quoi les praticiens sont payés. Mais cette impersonnalité n'est efficace que si elle s'accompagne des niveaux subjectifs qui lui donnent vie et valeur (selon Y. Clot), à savoir :

- un niveau *directement personnel*, « la réalisation de l'ouvrier », de celui qui produit une « œuvre » selon les normes du métier ; il se fait en faisant ;
- le niveau *interpersonnel*, qui engage une intersubjectivité, permettant le circuit du don et du contre-don, grâce à quoi le professionnel n'est pas un mercenaire ni un tâcheron ;
- le niveau *transpersonnel* enfin, collectif ou plutôt institutionnel et interinstitutionnel, support des valeurs du métier, et, en l'occurrence, des valeurs du service public, à ne pas confondre avec « les services rendus aux publics ».

Or le contexte actuel présente une double tendance : une redéfinition de la notion même de service public, d'une part, et une orientation inquiétante vers l'écrasement des niveaux subjectifs par l'impersonnel, d'autre part. Du point de vue de la santé mentale, ceci modifie directement le cadre interne des praticiens, avec deux options :

- un malaise professionnel, qui signe la volonté de continuer de porter les niveaux personnels dans leur nécessaire intrication à l'impersonnel de la tâche ; cette position, inconfortable, permet une saine et difficile conflictualité ; mais à l'extrême, elle produit aussi la banalisation des pathologies au travail, dont la médiatisation autour de France Télécom nous donne une image tragique ;
- ou l'abdication de cette conflictualité pour devenir des exécutants sans affect ni pensée propre, sans marge de manœuvre, sans capacité d'improvisation, sans interstices permettant de lier le personnel et l'impersonnel. Alors le travail perd tout autre intérêt que celui de gagner sa vie.

Comment canaliser une énergie réformatrice de grande ampleur, qui passe par la loi, et qui charrie, comme le souligne Ph. Chaniel, une haine des institutions et des corps constitués ? Comment faire barrage à un impersonnel massif qui oublie la question de l'inestimable en pratiques de soin et de prendre soin ? C'est notre question.



## Au sommaire

RHIZOME est téléchargeable sur le Web : [www.orspere.fr](http://www.orspere.fr)

### DOSSIER

Le New Public Management est-il bon pour la santé ? <i>Philippe Chaniel</i> p. 2-3	Nos paroles à l'aune du commerce équitable <i>Jean-Claude Métraux</i> p. 11
Retour sur le mouvement de « rénovation » de l'hôpital psychiatrique de l'après-guerre <i>Nicolas Henckes</i> p. 4	La pairaidance en santé mentale <i>Martine Dutoit et Marie-Claude Saint-Pé</i> p. 12
Le service public face au service aux publics <i>Michel Chauvière</i> p. 5-6	Ne pas rajouter la violence à la violence <i>Jean-Pierre Martin</i> p. 13
Conditions préalables au souci de soin <i>Bruno De Goer</i> p. 7-10	De l'importance de l'interstice en institution <i>Jean Furtos</i> p. 14-15
L'inestimable dans la relation de soin <i>Philippe Chaniel</i> p. 8-9-10	<i>Pour un Défenseur des enfants indépendant</i> <i>Claudine BASSINI</i> p. 15
	ACTUALITES p. 16

# Le New Public Management est-il bon pour la santé ?

**A l'évidence, les nouveaux modes de gestion ou de management ne semblent guère bons pour la santé, notamment des salariés. Certains sociologues ont même suggéré récemment que si nos sociétés étaient malades, elles étaient avant tout malades de la gestion<sup>1</sup>. En quoi peut-on dire que nos sociétés contemporaines sont malades de la gestion ?**

L'actualité nous en présente des symptômes certes complexes mais inquiétants. Nous pensons tous, je l'imagine, aux suicides de France-Télécom. Il ne s'agit pas ici, ce serait indécent, de faire parler les morts. Néanmoins, comme le montre Gildas Renou dans un article lumineux<sup>2</sup>, il n'est pas absurde de se demander si l'antipathie n'est pas devenue une forme de compétence professionnelle valorisée dans le nouveau management de certaines grandes entreprises. L'antipathie, précise l'auteur, n'est ni la méchanceté, ni l'aversion, mais plutôt une « indifférence délibérée et apprise, une volonté de ne pas partager d'affects avec autrui ». Ainsi peut-elle consister, par exemple, à considérer qu'une violence psychique envers un subordonné qu'elle n'est rien sinon, selon le jargon managérial, « la contrepartie nécessaire d'un objectif opérationnel de réorganisation absolument capital à l'entreprise ».

Quel rapport entre ces laboratoires de l'antipathie, ces formes presque extrêmes de gestion des ressources humaines, et le secteur de la santé, ce monde du soin et de la sollicitude, du face-à-face et du corps-à-corps avec la souffrance, la maladie et la mort ? Dans quelle mesure ce monde serait-il, lui aussi, malade de la gestion ? Quels en sont les éventuels symptômes ?

## Santé, qualité et comptabilité

On ne saurait en effet comprendre ce qui se joue actuellement avec l'actuelle réforme de la santé - HPST, T2A et PMSI, pour reprendre quelques uns de ses divers noms de code - si on ne la remplaçait pas dans le cadre beau-

coup plus général de la réforme de toutes les institutions. De cette fameuse « Révision Générale des Politiques Publiques » (RGPP), de ce passage en « mode LOLF » de l'ensemble des services de l'Etat.

C'est en effet le même type de réforme, inspiré du même esprit du *New Public Management*, qu'on voit à l'œuvre dans toutes les sphères de l'ancien appareil administratif et institutionnel français, qu'il s'agisse de l'Université, de l'Hôpital ou de la Justice. Partout les maîtres mots sont : contractualisation, évaluation permanente des résultats, mise en concurrence des institutions et des personnels qui perdent une partie de leurs garanties statutaires et qui ne doivent plus obéir à l'éthique informelle de leur métier mais à la commande sociale incarnée par un chef institutionnel aux pouvoirs renforcés, directeur d'hôpital ou président d'Université.

Ce néo-management n'est pas une chose neuve dans le champ de la santé, pas davantage que le regard comptable dont il est l'objet. Comme le rappelle Pascale Molinier<sup>3</sup>, c'est en effet depuis au moins une quinzaine d'années, que l'on assiste à une montée parallèle et simultanée des exigences en termes de qualité de soins et des logiques gestionnaires. Et il faut rappeler, avec elle, qu'il n'est en rien illégitime de chercher à bien soigner tout en gérant au mieux l'argent des contribuables et des cotisants. Et cela vaut, à l'évidence, pour tous les services publics.

En 2004, Jean de Kervasdoué<sup>4</sup>, écrivait : « on oppose, à tort, la qualité à toute évaluation quantitative. Certes, tout ne se mesure pas simplement, mais les entreprises du secteur industriel ont mis au point des mesures quantitatives de la satisfaction de leurs clients, des taux de défauts dans la fabrication des composants, des taux d'erreur dans les factures etc. La qualité se mesure aussi. C'est l'« objectif zéro défaut » des cercles de qualité ».

C'est ainsi qu'ont été notamment

définis, à l'hôpital, divers indicateurs de qualité quantifiés - par exemple des taux de chute, d'affections nosocomiales etc. Présentés comme participant avant tout de la mise en œuvre d'une « politique de transparence à l'égard des patients », ceux-ci constituent tout autant des outils de « pilotage » stratégique, de gestion financière et comptable, dans le cadre d'une concurrence ouverte entre les établissements. C'est ainsi que s'imposent, au nom du légitime souci de la qualité des soins, ces « nouvelles gouvernances », calquées sur le management en entreprise, le fameux *benchmarking* et ses savants calculs, notamment d'optimisation du temps du patient et des équipes soignantes.

## Un déni de confiance, un conflit de reconnaissance

Or ce qui est frappant, c'est le fossé entre ces évaluations et pratiques gestionnaires et celles des soignants<sup>5</sup>. Pour beaucoup d'entre eux, les nouvelles formes de gestion hospitalière non seulement ne seraient pas congruentes avec la qualité des soins, mais leur feraient obstacle. Ce que les gestionnaires définissent comme « qualité de soin » ne recouvre guère ce que les soignants, en particulier les infirmières, désignent sous le même terme. Comment alors interpréter ce différend, ce conflit d'évaluation ?

A l'évidence, le sentiment très partagé d'un déni de confiance à l'égard des soignants y joue sa partie. Et il ne peut être que vif dans des professions où l'engagement au travail, et le sens qui lui est donné, reste si fortement ancré dans la notion de vocation. Ce déni de confiance a d'ailleurs toute l'objectivité d'une règle comptable. En effet, que signifie pour le soignant la substitution d'une obligation de résultat à une obligation de moyens ? Alors que la notion de vocation définit une activité qui est en quelque sorte à elle-même sa propre fin et qui suppose à ce titre un pari de confiance quant à la capacité et à la volonté des soignants à

**Philippe Chanial,**  
Sociologue,  
Université Paris-Dauphine  
(IRISSO)  
Secrétaire de la Revue  
du MAUSS

<sup>1</sup> De Gaulejac V., *La société malade de la gestion : Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*, Seuil, 2005.

<sup>2</sup> « Les laboratoires de l'antipathie. A propos des suicides à France Télécom », consultable sur le site de La Revue du MAUSS permanente : <http://journal.dumauss.net/spip.php?article.553>.

<sup>3</sup> Vulnérabilité et dépendance : de la maltraitance en régime de gestion hospitalière, in Joann M. & Laugier S., *Comment penser l'autonomie ? Entre compétences et dépendances*, PUF, 2009.

<sup>4</sup> Jean de Kervasdoué est l'un des principaux promoteurs de la gestion hospitalière en France, ardent défenseur du programme de médicalisation des systèmes d'information, rédigeait en quelque sorte le manifeste de cette démarche nouvelle dans son « Que sais-je ? » consacré à l'hôpital.

<sup>5</sup> Et de beaucoup de cadres de la santé qui se voient ainsi placés dans une situation presque schizophrénique.

## Le New Public Management est-il bon pour la santé ? (suite)

déployer les moyens adaptés à leur tâche, l'impératif de résultat liquide cette dimension déontologique de l'action. Sous ce regard comptable, ce sont désormais exclusivement les fins – les fins effectivement réalisées, objectivement mesurées – qui (pré)jugent de la qualité des moyens déployés, donc de la qualité même de l'agent<sup>6</sup>.

Ce déni de confiance est donc à ce titre indissociable d'un déni de reconnaissance, et ce conflit d'évaluation, d'un conflit de reconnaissance. Reconnaissance de la qualité des soins prodigués, donc des soignants eux-mêmes ; du « travail bien fait », donc du métier. La notion de différend est peut-être même plus appropriée.

Pour résumer l'hypothèse que je voudrais suggérer, s'il y a quelque sens à risquer le diagnostic d'une éventuelle « déshumanisation de la médecine », des pratiques et des institutions soignantes, n'est-ce pas parce que la propension à tarifier, cette obsession pour la quantification, pour l'évaluation, appuyée sur un regard comptable désormais dominant sur la santé, tend à méconnaître – au double sens du terme ignorer/dénier – et par là à éroder ce que l'on pourrait nommer la « part gratuite » de l'acte de soin.

### **Part gratuite/part marchande : l'exemple de la médecine libérale**

On peut trouver de nombreux indices de cette érosion de la part du gratuit dans l'acte soignant. Je prendrai un premier exemple, non pas celui de l'hôpital, mais de la médecine de ville. Que nous montrent les recherches<sup>7</sup> ? Notamment que la durée de consultation n'a cessé de se réduire. Pour le dire trop simplement, ces dix dernières années, le tarif par minute de consultation a augmenté d'au moins 30%. Ce que ce calcul assez sommaire indique, c'est la croissance de la part marchande sur la part gratuite. On peut citer d'autres exemples de tels transferts, toujours pour la médecine libérale : un recours accru à la médicalisa-

tion (qui a aussi ses coûts) au détriment de la parole ou de l'attention accordée au patient ; la propension à tarifier des actes auparavant gratuits (renouvellement des ordonnances – contraception –, bref avis sur des résultats d'examen, prescription d'un vaccin etc., paiement que l'on justifiera par un acte visible, comme la prise de tension par exemple).

De façon plus générale, le transfert vers le système sanitaire des souffrances individuelles, familiales et sociales accroît très fortement cette part marchande au détriment de la part gratuite.

### **Le regard comptable et la vocation de soignant**

Il ne s'agit pas donc pas d'accuser les médecins de tarifier ou les institutions de soins de vouloir faire des économies. Ni même d'ailleurs de stigmatiser un discours public et des politiques obsédés par la dérive des dépenses, l'accent mis sur les gaspillages, l'inflation des coûts etc. Comme le montrent Batifoulier et Ventelou, c'est ce changement de regard qui doit être interrogé, car il est auto-réalisateur. Ainsi, montrent-ils, la propension à tarifier résulte moins des calculs intéressés et opportunistes des médecins, *homo oeconomicus* en puissance mais longtemps contrariés, que de l'hégémonie, nouvelle, de l'évaluation marchande et comptable, de l'effort de santé tel qu'il est désormais promu par les autorités de tutelle. Et cette hégémonie vient en quelque sorte naturaliser, légitimer, dans les pratiques elles-mêmes, cette appréhension désormais principalement marchande de la relation médicale et soignante<sup>8</sup>.

Or cette nouvelle hégémonie a non seulement des incidences proprement économiques, mais plus encore des incidences proprement sociologiques. Elles touchent au cœur du métier de soignant, à ce que j'ai nommé, quitte à paraître vieux jeu, la vocation de soignant. Dans les années 50, un grand sociologue

américain, Talcott Parsons, montrait comment la figure du médecin moderne combinait deux représentations : d'une part l'image du savant, celui qui maîtrise une compétence proprement technique, dûment sanctionné et évalué par des diplômés ; d'autre part, l'image de l'humaniste, capable de faire don de son temps, de sa parole, de sa personne à ses patients. C'était cette combinaison d'expertise scientifique et de don de soi qui justifiait à la fois son prestige social et ses émoluments. Or, n'est-ce pas cet alliage qui menace de rompre ? C'est bien ce que suggère Alain Caillé : « Avec la libéralisation croissante de la médecine et la multiplication des médecins qui placent la perspective de leurs gains financiers avant le sens de ce qu'il doivent à leurs patients, et qui ne justifient plus leurs gains par le don qu'il leur font mais uniquement par leur compétence scientifique et technique, avec la décomposition croissante d'un système de santé publique qui ne suffit plus aux assurés le droit pourtant imprescriptible à la santé, c'est toute la composante humaniste de la médecine moderne qui se délite ».

De façon peut-être moins dramatisée, on pourrait suggérer que cette érosion de la part de gratuité, bref d'humanité, traduit une érosion de la part de désintéressement qui est pourtant consubstantielle à la logique, éthique et déontologique, des professions de soignants. Bref, dans le « pacte de soin » (Ricoeur), le prix n'est pas un élément constitutif ou du moins essentiel de l'échange médical. Cet échange n'est même pas un contrat, du moins ne peut-il se réduire au consentement, plus ou moins éclairé, qui le fonde. Il devrait plutôt être décrit comme l'échange d'une confiance, celle du patient, et d'une conscience, celle du soignant.

Voilà qui complique bigrement les choses d'un point de vue comptable. ■

<sup>6</sup> Ce modèle d'action, qui n'est autre que celui, téléologique et optimisateur, de la rationalité économique, n'est évidemment pas en soi illégitime. Il le devient lorsqu'il prétend épuiser toute la complexité des pratiques soignantes.

<sup>7</sup> Batifoulier P., Ventelou B., L'érosion de la « part gratuite » en médecine libérale, in Chaniel Ph. (sous la direction de), *La société vue du don. Manuel de sociologie anti-utilitariste appliquée*, La découverte/Mauss, 2008.

<sup>8</sup> L'actualité toute récente vient nous rappeler que cela vaut également pour la relation pédagogique, comme s'il n'existait d'autres moyens d'assurer l'assiduité des élèves que de les « intéresser » à l'école par diverses incitations sélectives jusqu'au butin final (permis de conduire, voyage culturel etc.).

<sup>9</sup> Le don, la maladie et la déshumanisation de la médecine, in Chaniel Ph. (sous la direction de), *La société vue du don. Manuel de sociologie anti-utilitariste appliquée*, La découverte/Mauss, 2008, p.442.

# Retour sur le mouvement de « rénovation » de l'hôpital psychiatrique de l'après-guerre

**Nicolas Henckes,**  
Chercheur Post-Doctorant,  
Centre de recherche  
médecine, science, santé  
et société (CERMES,  
EHESS/CNRS/INSERM)

**Il n'est plus nécessaire de souligner l'importance des années 1950-1975 pour la construction de la psychiatrie contemporaine. La découverte et la diffusion des chimiothérapies psychotropes, comme l'extension de la psychiatrie communautaire ont permis l'essor, non seulement de nouvelles manières de faire de la psychiatrie et de nouvelles trajectoires de maladie, mais également une redéfinition en profondeur de l'expérience vécue par l'ensemble des acteurs du drame de la maladie mentale, patients comme professionnels et proches.**

Toutes ensemble, ces transformations témoignaient de l'installation d'un nouveau rapport de la psychiatrie à la société, dont la sectorisation a été à la fois un moteur et la traduction sur le terrain. Sans doute ces transformations n'ont-elles atteint leurs effets que dans les années 1980. Mais les années 1950-1975 ont mis en place le cadre dans lequel elles ont pu se développer.

On sait maintenant, à travers notamment le récit qu'ils en ont fait, le rôle dans ces transformations d'une génération de psychiatres réformateurs composée de figures comme Lucien Bonnafé, Georges Daumézon, Louis Le Guillant ou Henri Ey. On connaît également les circonstances dans lesquelles ils se sont engagés au lendemain immédiat de la guerre, en grande partie en réaction à l'expérience qui avait été la leur pendant l'occupation. A bien des égards, ces psychiatres ont été, jusqu'aux années 1970, l'incarnation du mouvement de réforme, ou, comme ils le qualifiaient eux-mêmes, de « rénovation » de l'hôpital psychiatrique. On a peut-être moins conscience du projet dont ils étaient porteurs et des conditions qui ont permis à ce projet d'avoir un effet.

Si le mouvement de réforme de l'hôpital psychiatrique a pris ses racines dans un sursaut humanitaire face à l'abandon des hôpi-

taux psychiatriques et de leurs pensionnaires, il ne put avoir la portée qu'il a eue que parce qu'il était sous-tendu par une vision originale de la maladie mentale : au cœur de celle-ci se trouvait un retournement, l'idée que la chronicité pouvait être un enjeu en tant que tel du travail psychiatrique et non plus la limite ultime sur laquelle celui-ci butait toujours. C'est ce projet que la psychothérapie institutionnelle puis le secteur ont cherché à réaliser, en transformant l'hôpital psychiatrique, puis en l'articulant à une série de « structures intermédiaires » dans un système unique.

A bien des égards, ce projet marquait une étape dans l'élaboration de la question des hôpitaux psychiatriques. On oublie trop facilement que le mouvement réformateur de 1945 s'inscrivait dans la suite d'une longue série de propositions de réformes de l'assistance psychiatrique depuis 1870. En permettant de stabiliser une série de problèmes et de réponses à ces problèmes, ce long travail a joué un rôle crucial pour rendre possible une position que l'après-guerre n'a, d'une certaine manière, que fait aboutir. Encore a-t-il fallu une conjoncture spécifique. Les psychiatres n'ont pu obtenir une reconnaissance et construire une légitimité qu'en raison des convergences entre leur projet et le projet de modernisation de la société française porté par les élites administratives et politiques du pays.

Précisément, ces trop brefs rappels historiques devraient inciter à s'interroger sur les critères mêmes d'acceptabilité de ces réformes. La critique antipsychiatrique des années 1970 a largement souligné le caractère paternaliste de la psychiatrie telle qu'elle émergeait de ce mouvement de réforme, sa personnalisation extrême dans la figure du psychiatre-réformateur et chef charismatique des services de santé mentale, autant que la foi en la technique et les techni-

ciens, fussent-ils psychanalytiques. Et de fait, on peut penser que ces critiques ont traduit la conscience d'un risque réel. En se présentant comme les seuls représentants naturels des malades, les psychiatres affirmaient certes leur solidarité avec leur condition, mais aussi leur autorité pour définir leurs besoins, leurs droits autant que l'action à mener pour eux. De fait, les témoignages, notamment de l'UNAFAM depuis sa création en 1963, soulignent l'incompréhension et le manque de communication qui pouvaient faire obstacle à la relation entre professionnels et usagers, et plus largement le sentiment d'une partie des intéressés que leur destin se jouait jusqu'à un certain point sans eux. Sans doute, en comparaison avec d'autres pays, la psychiatrie française paraît-elle avoir évité un certain nombre de dérives : que l'on pense au recours extensif à la lobotomie aux Etats-Unis ou aux pratiques de stérilisation forcée des malades mentaux dans les pays du nord. L'insistance sur la nécessité d'une demande pour qu'une intervention psychiatrique puisse avoir simplement lieu a conduit, dans bien des endroits, à limiter la psychiatrie de nombreux problèmes, pour le meilleur et pour le pire. Il n'est pourtant pas évident que l'antipsychiatrie ait apporté une réponse satisfaisante à ces questions. Dans une large mesure, les solutions qu'elle préconisait n'étaient jamais qu'une radicalisation de la position des psychiatres réformateurs. Alors que ce qui était en jeu était probablement plus profondément la constitution de contre-pouvoirs. C'est en ce sens qu'il faut sans doute concevoir l'émergence des mouvements d'usagers de la psychiatrie, les approches nouvelles en termes de droits de l'homme issues des mouvements de personnes handicapées, comme d'une certaine manière l'aboutissement de ce questionnement. ■

# Le service public face au service aux publics

**Michel Chauvière,**  
Directeur de recherche  
CNRS, CERSA,  
Université Paris 2

L'affaire se concentre sur la question du service et de sa qualité publique. Derrière l'opposition entre service public et service aux publics se cachent en réalité une dérive et une bascule. Le service public s'inscrit dans la tradition républicaine française et sa mise en œuvre peut être confiée à des services privés mandatés et financés sur fonds publics, notamment via des associations. Aujourd'hui, dans de nombreux domaines, la frontière n'est plus aussi nette avec les services privés lucratifs, parfois des associations mais le plus souvent des entreprises, agissant librement sur les mêmes terrains, exploitant la solvabilité dormante du client et soumis à la concurrence entre opérateurs.

D'autant que les pouvoirs publics eux-mêmes tendent à généraliser le système des marchés publics en lieu et place de la délégation. J'achète une prestation, vous me vendez une prestation, comme s'il s'agissait d'un produit, et nous sommes quittes. Pas de partenariat donc. Cette tension et ces mutations sont lourdes de conséquences pour les praticiens en santé mentale comme dans les champs médico-social ou socio-éducatif, et ce bref article voudrait examiner les éléments en présence.

Pour nous qui sommes pétris de culture républicaine, le service public incarne le service par excellence, c'est la clé de voûte et l'outil central d'un État plutôt interventionniste, spécialement sous la forme de l'État providence. Tout un ensemble d'institutions sont presque naturellement publiques : des administrations et services publics jusqu'à certaines entreprises de production ou de service, de la police à la justice et à l'armée, de l'école à l'hôpital et aux secteurs psychiatriques, de la PMI à l'aide sociale à l'enfance, de la Sécurité sociale à l'ANPE, etc. Nous y sommes attachés, mais le service public n'est pas toujours à la hauteur de nos convictions et de nos attentes.

Les fondements juridiques sont précis. Au début du XX<sup>e</sup> siècle, la doctrine a d'abord fixé certains principes spécifiques, notamment la continuité, l'égalité et la mutabilité (ou adaptabilité), auxquels d'aucuns ont ajouté la neutralité, parfois la gratuité ou la quasi-gratuité, ainsi que la solidarité, les droits des usagers, etc. Le service public est un facteur essentiel d'intégration et de cohésion sociales, garantissant notamment, par sa seule existence et son activité, que « des groupes socialement ou géographiquement défavorisés ne se voient pas interdire l'accès à des biens jugés essentiels ». Cela vaut pour tout service public, spécialement ceux en réseaux (électricité, eau, etc.), mais aussi pour les services plus redistributifs que prestataires (Sécurité sociale, par exemple). Cependant la conception procédurale de l'égalité (« égalité des droits ») perd du terrain devant une conception plus souple, plus utilitariste et plus anglo-saxonne aussi, en termes d'« équité », visant davantage « l'égalité des chances », au besoin par des mesures de « discrimination positive ».

Pierre Chambat (1990) rappelle que « l'expansion du service public entretient un lien étroit avec le projet politique émancipateur qui s'identifie à la République ». Il précise notamment que « l'ambivalence de la

notion de service public assure l'identification entre l'intérêt général de la collectivité et les besoins de la population. Celle-ci peut se reconnaître dans le projet collectif porté par le service public dans la mesure où, accessible à tous, il comporte une visée émancipatrice ». Il y a de ce fait quelques liens indissociables entre État et intérêt général, d'une part, et entre puissance publique et service public, d'autre part. Autrement dit, l'État est garant de l'intérêt général (ce qui diffère du compromis entre des intérêts particuliers) et la puissance publique est mise au service des intérêts majeurs de la collectivité, au travers des services publics.

D'où la distinction entre service public et services aux publics. Dans la première formule, le service public participe à ce qui nous fait corps, communauté, République (définition organique). Dans la seconde, qui ne s'oppose pas à la première, il est réduit aux utilités qu'il produit pour répondre aux besoins exprimés par des publics, rebaptisés usagers (définition clientéliste) ; ce qui nous met aux limites du marchand et en concurrence avec lui quand on l'a laissé venir sur les mêmes terrains. C'est donc aussi un choix politique (par exemple, l'école de la République face à l'entreprise *Acadomia*).

Un certain type de professionnalité accompagne le service public. Le fonctionnaire bénéficie de certains avantages en contrepartie de sujétions, telles que l'encadrement des salaires. Dans le secteur associatif délégataire, les salariés bénéficient de diplômes d'État et de conventions collectives tripartites (employeurs, salariés, financeurs), en contrepartie de contrôles et d'évaluations renforcés. Avec les services publics, enfin, les bénéficiaires disposent d'un droit d'exiger, dans certaines limites. Il n'est pas question de mettre en concurrence quand il y a un monopole, ni de faire baisser les prix quand il y a des coûts mais pas de prix. L'action collective doit donc emprunter d'autres chemins.



## Le service public face au service aux publics (suite)

Depuis peu, le service public et ses avatars sont en voie de modernisation. Un mauvais usage du principe d'égalité et de libre choix conduit notamment à une offre de plus en plus standardisée, avec « bonnes pratiques » à la clé. En outre, pour se plier à l'idéologie dominante de l'individualisation, l'aspect collectif du service public est refoulé, favorisant la consommation de services. Toutes sortes de régulations financières sont inventées visant les gains de productivité ou d'efficacité, ce qui n'a guère de sens dans de nombreux cas. Enfin, de façon volontariste, des formes de privatisation, à tout le moins de marchandisation partielle et de conversion à la culture d'entreprise ou « chalan-

loi de mars 2002, dans la loi jumelle de janvier 2002, dite de rénovation de l'action sociale et médico-sociale, il n'en est rien ; le texte ne fait aucune place aux droits collectifs des usagers du social.

En réalité, sur ce terrain, se développe plutôt une démocratie molle, consultative, voire participative. Elle a certainement des vertus de socialisation à la citoyenneté et de résistance, mais n'est pas à la hauteur de la pleine citoyenneté politique, vu le moment que nous traversons. C'est particulièrement vrai de la participation des malades mentaux et des organisations qui les représentent (UNAFAM, Advocacy, FNAPSY...) à l'hôpital et aux débats publics. Mais comment être sûrs que ces nouveaux forums publics ne sont pas des leurres, participant de la dégradation de la conception organique de la société, du principe d'égalité et des services publics pour y répondre ?

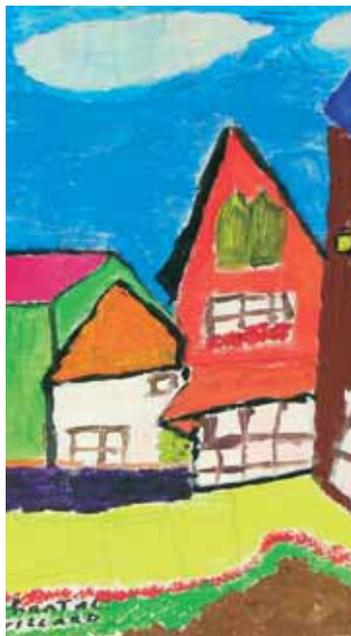
Il faut également compter avec la construction européenne. Depuis la directive « Services », ex-Bolkestein, il ne doit plus y avoir qu'un seul statut pour les services, quels que soient l'objet et la manière : le statut d'activité économique, avec régulation par la concurrence, s'agissant, dans tous les cas, d'offrir des biens et des prestations sur un marché donné, même si le bénéficiaire ne connaît ni ne paye directement le prix et même s'il s'agit d'un opérateur associatif, non lucratif. Voilà qui est clair. Ce principe général souffre certes d'exceptions pour les missions régaliennes, les services de soins, les services à l'enfance, à la famille ou aux personnes démunies ou encore le logement social. Ce qui montre incidemment un fort déclassement du social, au sens large. De constitutionnel en France, le voilà exception en Europe ! Et le statut d'exception ne protège pas beaucoup. Pendant que tous les autres domaines sont désormais soumis à la directive et au principe de libre concurrence : personnes âgées, handicapées, petite enfance, for-

mation..., c'est-à-dire partout là où l'utilisateur/client est potentiellement solvable.

D'où des questions : Quel type de société voulons-nous ? Quelle place pour l'État dans la consolidation de l'intérêt général ? Comment les services publics à la française, en gestion directe ou déléguée, doivent-ils agir et évoluer ?

Faut-il chercher à arracher cas par cas des dérogations à la règle générale, au risque d'être dénoncé par le juge européen ? Faut-il s'adapter à la nouvelle norme et négocier un statut spécifique global ? Faut-il exiger que tous les services sociaux, au sens le plus large, publics et associatifs, soient une fois pour toutes considérés non comme des services d'intérêt économique général (SIEG), mais comme des services non économiques d'intérêt général (SNEIG), pour reprendre les catégories absconnes de l'Europe ? La première position est celle proposée par Bruxelles ; la seconde est celle d'un collectif d'opérateurs associatifs nationaux (Collectif SSIG) ; la dernière, celle d'un groupement de professionnels du champ social (MP4)<sup>1</sup>.

Enfin, si nous allons dans le sens du développement local et des réseaux d'acteurs, afin d'améliorer la prise en charge et le suivi de nos concitoyens les plus en difficulté, les plus dépendants et les plus incapables de s'intégrer et de s'autonomiser seuls, qu'il s'agisse de travail social, psychiatrique, sanitaire ou éducatif, quel sens et quelle force ont ces nouvelles formes d'organisation pratique de l'intervention ? Consolident-elles le service public à la française ou, au contraire, contribuent-elles à le dissoudre et à accélérer la bascule ? Sous cet angle, n'oublions pas que la référence européenne à l'intérêt général (SIEG, SSIG, etc.) est beaucoup plus minimaliste que le même syntagme dans la culture républicaine française. ■



disation », ont été conduites dans certains domaines ou sont en voie de l'être. Ce qui met en berne l'idéologie classique du service public et son projet émancipateur. C'est d'autant plus insidieux que la justification ultime est la satisfaction des usagers, alors même qu'ils ne sont guère organisés, ni pour peser au plan politique ni pour se comporter comme des groupements de consommateurs dans les nouveaux services publics ou assimilés, conçus comme des entreprises. Si, par exception, les malades organisés participent désormais à la gestion de l'hôpital public depuis la

### Bibliographie

Chambat P., 1990, Service public et néolibéralisme, Annales ESC, A. Colin, n°3, mai-juin, pp 615-647.

Chauvière M., 2007, *Trop de gestion tue le social*. Essai sur une discrète chalandisation, Paris, La Découverte.

Chevallier J., 2003, *Le service public*, Paris, PUF, Que sais-je ?, n° 2359.

<sup>1</sup>Site : [www.mp4-champsocial.org](http://www.mp4-champsocial.org)

# Conditions préalables au souci de soin

Ce n'est pas en tant que professionnel du champ de la santé mentale mais bien comme médecin somaticien, avec mon expérience de praticien hospitalier sur le front du médico-social, que je peux tenter quelques pistes.

**Bruno De Goer,**  
Médecin hospitalier,  
coordinateur de la PASS,  
CH Chambéry



## Exigence de qualité

« Le meilleur pour les pauvres ». Cette maxime devrait nous accompagner en permanence dans le champ du soin des personnes en situation de grandes difficultés sociales. On ne peut pas accepter une médecine au rabais, de seconde zone. Mais que signifie le meilleur ? Du côté de la technicité des soins (outils de diagnostic, molécules prescrites...), nous ne pouvons qu'être dans le champ de la médecine de la preuve afin de proposer le meilleur rapport bénéfices/risques selon les connaissances à un moment donné. Mais l'homme ne peut se réduire à un modèle mécanique. Sur le champ de l'humanité, impliquant les dimensions relationnelle et environnementale, les choses sont beaucoup plus complexes. On ne peut réduire le soin à la guérison (bien sûr souhaitable). Si soigner signifie guérir, alors beaucoup de gens sont exclus du soin. Nos modes de travail doivent être en permanence réinterrogés à la lumière des connaissances de l'expérience mais également de la pensée des personnes en situation d'exclusion sociale. Avoir le souci

de la continuité du soin, n'est-ce pas la conséquence d'une humanisation de la relation ? Une attitude de veille.

## Continuité, confiance...

La porte des soins somatiques peut être une porte d'entrée pour des soins en santé mentale : le corps qui parle permet d'aborder des éléments de souffrance psychique, puis d'accompagner vers les professionnels du champ psychiatrique. On connaît les difficultés de nombreux patients avec la demande de soins en santé mentale, qui est pourtant notifiée comme une base de départ. Les personnes en situation d'exclusion ont des parcours de ruptures : à nous de ne pas en rajouter et de ne pas les abandonner. Ceci implique une réactivité (et non un rendez-vous à 3 mois), de travailler sur les modes de communication entre professionnels (un simple courrier de sortie d'hospitalisation au médecin prescripteur est une base loin d'être toujours acquise). Mais aussi sur le turn-over de ceux qui sont sur le front, notamment les travailleurs sociaux. La stabilité des professionnels sur le long terme est un facteur qui me semble fondamental. Même si l'objectif est de ne pas être indispensable. La confiance se joue ici. Tout départ doit être explicité et doit amener à travailler le relais, et ce avec les patients. Accepter de se laisser bousculer (ce qui n'est pas sans souffrance) pour ne pas accepter l'inadmissible, sans plonger dans des réactions émotionnelles. Les soignants sont –aussi– des humains. Est-il interdit que les patients puissent le ressentir ?

## Partenariat

Accueillir sans a priori toute personne même si elle ne s'est pas adressée au bon endroit. Puis ne pas travailler seul. Le partenariat est indispensable, avec d'autres professionnels, et parfois des bénévoles. Travailler à plusieurs signifie la construction de liens. La transmission d'informations nécessite l'accord de la personne,

de ne partager entre professionnels que les seules informations utiles à l'évolution favorable de la situation, de respecter le champ de compétence de chacun... et de ne jamais enfermer le patient dans un réseau-filet. Peut être aussi d'être prudent sur notre vocabulaire. Prendre en charge : Cette expression ne risque-t-elle pas de signifier que l'on prend (un objet ?) qui est... une charge ? Un usager : dans le monde de l'exclusion, on entend parfois... quelque chose d'usagé. Quant aux « cas sociaux »...où est le sujet ?

## Aller plus loin. Vers le champ politique ?

Si l'objectif du soin est d'améliorer la qualité de vie des personnes, pouvons-nous échapper à voir plus loin ? Pour exemple, la multiplication actuelle des contraintes pour accéder aux droits (Couverture Maladie Universelle, Aide Médicale Etat), base indispensable (et insuffisante !) pour l'accès aux soins, pose de réelles questions. Or, toute difficulté d'accessibilité aux droits amène la société soit à accepter que des personnes ne puissent pas se faire soigner, soit à devoir multiplier les travailleurs sociaux et les dispositifs spécifiques comme les PASS<sup>1</sup> ou les lieux de soins associatifs. Dans les deux cas, cela va à l'encontre de la philosophie même de la loi de lutte contre les exclusions de juillet 1998 dont l'accès de tous aux droits fondamentaux est le socle. Mais aussi le contexte politique en regard des étrangers, les pratiques liées à la tarification à l'activité des hôpitaux... Travailler sur les contraintes environnementales qui poussent certains à la désespérance. La prévention autant que le soin.

## Travailler avec les gens concernés

Bien au-delà que d'essayer de faire participer le patient et son entourage à un projet de soins, l'un des axes qui me paraît essentiel, sur lequel nous continuons à buter,

<sup>1</sup> Permanences d'Accès aux Soins de Santé.

# L'inestimable dans la relation de soin

**Philippe Chanial,**  
Sociologue,  
Université Paris-Dauphine  
(IRISSO)  
Secrétaire de la Revue  
du MAUSS

Dans la relation soignante, le don, pour reprendre une formule de Dominique Bourgeon, c'est le trait d'union. Et, pourrions-nous rajouter, dans les établissements de soin, ce sont les liens qui créent le lieu. Le lieu, c'est lien. Rappelons-nous ici les liens étymologiques et historiques entre l'hôpital et l'hospitalité. D'où cette boutade de François-Xavier Schweyer au sujet du développement de l'hôpital de jour : en quelques décennies, l'hôpital serait passé de « l'hébergement sans soin » (du *care sans cure*) au « soin sans hébergement » (au *cure sans care*) !



Mais revenons à cette question du lien et, à travers elle, du don dans la relation de soin. Pour de bonnes, mais aussi de mauvaises raisons, la notion même de don n'a pas bonne presse, et pas seulement dans le milieu soignant. Le don évoque, à tort, la charité, voire le sacrifice ou le renoncement à soi, et rappelle trop l'origine chrétienne de nos hôpitaux et institutions de soin. Par ailleurs, il semble renvoyer à l'assignation, aux femmes, d'un devoir de compassion et de sollicitude qui leur serait naturel. Bref, il symboliserait l'image même du travail gratuit - ou qui n'aurait dû cesser de l'être -, le cache-sexe d'une domination à peine dissimulée. Chacun se sou-

vient ici du slogan fameux « Ni nonnes, ni bonnes, ni connes » que scandaient les infirmières il n'y a pas si longtemps pour qu'il soit nécessaire d'insister davantage.

Pour autant, on aurait tort de jeter ici le bébé avec l'eau du bain. Si l'hégémonie du nouveau management nous conduit à porter un regard comptable sur les pratiques de soin, essayons de chausser d'autres lunettes, les lunettes du don. Car c'est seulement ainsi que cette part de gratuité, irréductible, ce travail, invisible, se donne à voir.

## La relation de soin comme relation de don

Suggérons donc quelques éléments pour définir la relation de soin comme relation de don, afin de montrer dans quelle mesure une gestion de la santé réduite à un point de vue comptable la menace dans sa nature même.

Il faut tout d'abord souligner sa temporalité spécifique : le don de soin est d'abord un don de temps. L'acte de soin ne peut en effet être réduit à un simple geste technique et ponctuel. Les anglosaxons distinguent ainsi le *care* (le soin, l'attention aux autres, le souci des autres) et le *cure* (le geste curatif). En ce sens, la relation de soin se construit dans le temps. Bref soigner, c'est donner du temps et donner du temps au temps. Ce qui suppose que les soignants puissent, du moins en partie, être maîtres de ce temps. Or, justement, l'impératif gestionnaire d'optimisation du temps des patients et des équipes soignantes méconnaît et malmené cette temporalité spécifique à la relation de soin. Ce qui place par ailleurs les cadres hospitaliers, chargés d'organiser pratiquement ce temps, dans une situation évidemment délicate, voire impossible. Les témoignages sont nombreux.

Je devrais même préciser donner du temps aux temps, au pluriel. En effet, seconde caractéristique, le don de soin est d'être

fondamentalement contextuel. Même des cas formellement identiques, au regard de telle ou telle nomenclature, ne peuvent être traités de la même façon. A ce titre, le don de soin suppose une intelligence de la singularité des situations, de la singularité des personnes et des relations entretenues avec elles. A ce titre, il repose sur une autonomie nécessaire, qui a peu à voir avec le slogan d'autonomie actuel. Pour le dire autrement, il suppose une dimension éthique, sensible, qui lui est propre, notamment une capacité à être affecté par autrui, un autrui toujours singulier, par sa souffrance - dimension informelle et invisible d'empathie, de sympathie, de *care*, et à y répondre, non seulement avec efficacité, mais avec tact et sollicitude. En cherchant en quelque sorte l'impossible, la bonne distance. A ce titre le jugement pratique, en situation, des soignants requiert bien davantage ce qu'Aristote nommait la *phronésis*, une sagesse toute pratique, qu'un impératif catégorique décontextualisé, formel et formalisable.

Parce qu'il est indissociablement don de relation et don de soi, l'acte de soin, quels que soient les soignants impliqués, semble ainsi résister, par sa nature même, au modèle de la prestation marchande ou aux exigences de l'évaluation comptable. Protocoler à outrance, c'est ignorer cette contingence, dénier les savoir-faire discrets et tout le travail invisible que suppose la relation de soin.

Troisième élément, le don de soin n'est jamais purement individuel. Il ne se résume pas au colloque singulier soignant /patient. Au contraire, il résulte de tout un ensemble de coopérations formelles ou informelles. C'est en quelque sorte une entreprise collective qui suppose des relais (parce qu'il est usant), des formes multiples d'entraide entre soignants et la transmission informelle de savoir-faire implicites et discrets. Or systé-

## L'inestimable dans la relation de soin (suite)

matiser les évaluations individuelles, n'est-ce pas méconnaître et dénier cette dimension collective ?

### Don de soin, don de vie

Enfin, quatrième élément, le don de soin est aussi et surtout don de vie. Elle est là, ce que l'on pourrait nommer la délicate essence de la relation de soin. Ce qui s'y échange avant tout, ce qui s'y donne, c'est tout simplement de la vie. Il suffit d'avoir été alité à l'hôpital, même quelques jours, pour avoir perçu et senti toute l'importance des milles petites attentions, apparemment les plus anodines, qui font le bon soin et symbolisent diversement ce don de vie. Tout cela est très banal, mais justement, le propre du soignant n'est-il pas de donner sans y être formellement tenu ? De donner bien des choses contre rien. *Something for nothing*<sup>1</sup>. En ce sens, est intrinsèque au don de soin une dimension de générosité, qui va au-delà du donnant/donnant – rien sans rien - de la relation salariale ou marchande ou de tout protocole codifié.

Il ne s'agit pas ici pour autant de faire l'éloge du bénévolat. La question est au contraire celle de la reconnaissance de ce qui est effectivement un travail. Mais elle est aussi celle de la reconnaissance d'un fait anthropologique essentiel : aucune société, aucune culture, aucune relation ne saurait exister sans une part de gratuité, de don ou de générosité. Gratuité de ce que l'on reçoit des autres – hommes, femmes ou enfants ; morts ou vivants – mais aussi des institutions ou voire des dieux. Gratuité de ce qu'on leur donne, contre rien, sans compter et parfois même sans qu'ils n'y aient droit ou qu'ils le méritent. N'est-ce pas ainsi que la vie circule, que les liens se nouent, que les identités se forment ?

De ce point de vue, la relation de soin, justement parce qu'elle est expérience de la maladie, de la vulnérabilité, voire pacte contre la mort, est au cœur de ce don de vie. Le soignant procure du vital (ce qui justement n'a pas de



prix). Mais c'est ce qui fait toute la difficulté de la relation de soin. Du côté du soignant, c'est tout le risque du pathos, de l'identification au patient qui peut devenir quasi-fusionnelle, physique<sup>2</sup>. Du côté du patient, c'est notamment le risque de s'en remettre totalement au soignant, non seulement de lui donner sa confiance, mais de lui confier, de lui livrer son corps, sa vie en attendant ce contre-don vital. Isabelle Marin évoquait dans un article récent cette patiente, sous chimiothérapie, qui abordant une nouvelle infirmière lui disait : « Ah ! Ça tombe bien, j'ai un cadeau pour vous ». L'infirmière alléchée, de demander : « Quel cadeau ? ». « Mais mon cancer, voyons ! » répondit la malade. Cadeau empoisonné s'il en est ! Don de ce corps souffrant, déjà sûrement et depuis longtemps biopsé, prélevé, piqué qui exige contrepartie, jusqu'à l'acharnement parfois : « il faut bien lui donner quelque chose ». Car la frontière est souvent floue entre le don et le sacrifice et l'on bascule vite de l'un à l'autre. Observer l'acte de soin comme relation de don permet de montrer que si cette relation est profondément asymétrique, que si cet échange est radicalement inégal, il intègre néanmoins une certaine dimension de réciprocité, elle aussi invisible. Car si le patient reçoit beaucoup, il donne également. Ce don n'est pas seulement un don de confiance ou de reconnaissance.

Il n'est pas illégitime, je crois, de parler d'un « travail » implicite propre au malade. Il est évident dans les services de dialyse ou les unités de rééducation. Ou, autrement, dans le champ de la psychiatrie. Mais des choses toutes simples, se laver, se coiffer, se lever, s'alimenter, donner des informations utiles au diagnostic, tousser ou respirer au bon moment etc., sont aussi indispensables à l'exercice médical. Pensons aussi au travail de deuil, du deuil de soi-même, à travers les règles du bien mourir que le patient en fin de vie est tenu d'observer : contrôle des émotions, maîtrise de soi, etc. Mais une fois encore, comment mesurer, d'un point de vue comptable, cette contribution informelle des malades qui contredit si fortement tant le modèle du consommateur de soin que du simple patient, celui qui subit, pour être réduit, sous le regard bio-médical, à sa pathologie<sup>3</sup> ?

### Pour conclure : de la relation à l'institution

Dans ce court texte, il n'était pas dans mon intention de faire, naïvement, l'apologie du gratuit dans la relation de soin, et ainsi d'opposer le bon don à la méchante gestion, la généreuse gratuité à la vénale comptabilité, la délicate relation à la grossière institution. Et par là de diaboliser toute forme de régulation extérieure à cette relation. Je l'ai évoqué, cette part de gratuité, cette part de don n'est pas

<sup>1</sup> Gouldner A., Pourquoi donner quelque chose contre rien ?, in La Revue du MAUSS semestrielle, n°32, « L'amour des autres. Care, compassion et humanitarisme », La découverte, 2008.

<sup>2</sup> Jusqu'à ressentir physiquement des nausées, des céphalées, comme parfois des infirmières d'un service de neurologie, jusqu'à ressentir l'échec d'un traitement, la mort, comme un échec personnel, comme si l'on n'avait pas su donner.

<sup>3</sup> Sauf à promouvoir la figure du malade-agent-de-sa-propre-maladie, ce qui est effectivement une façon de régler le problème, du moins de se débarrasser du patient et du cadeau empoisonné de sa pathologie.

## L'inestimable dans la relation de soin (suite)

### Bibliographie

Caillé A., Chaniel Ph. (sous la direction de), *L'amour des autres. Care, compassion et humanitarisme*, in *La Revue du MAUSS semestrielle*, n°32, La découverte/Mauss, 2008.

Carricaburu D., Ménoret M., *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Armand Colin, 2004, chap.82-85.

Marin I., Don et sacrifice en cancérologie in Chaniel Ph. (sous la direction de), *La société vue du don. Manuel de sociologie anti-utilitariste appliquée*, La découverte/Mauss, 2008.

Schweyer F-X., Crises et mutations de la médecine hospitalière, in De Kervasdoué (sous la direction de), *La crise des professions de santé*, Dunod, 2003, p.241.

sans ambiguïté. Elle est traversée de multiples tensions. Notamment cette tension indépassable entre, d'une part, le souci de l'autre, placé sous le registre de la sollicitude personnelle, toujours singulière, hors équivalence (marchande ou comptable), à la limite parfois de la démesure lorsque l'identification au patient est trop forte, la demande du patient trop impérieuse, et, d'autre part, le souci de l'acte, comme geste technique, professionnel, institutionnel qui suppose des procédures et des protocoles, garants de la « bonne distance », mais au risque, cette fois, de dépersonnaliser la relation, de l'inscrire dans un procès de travail rationalisé

et formalisé ou de succomber au phantasme de toute puissance. D'où ces dilemmes propres au geste de soin, entre proximité et distance, ingérence et indifférence, autonomie et dépendance, etc.

En ce sens, il ne s'agit pas, en survalorisant sa dimension relationnelle, de nier l'importance des médiations institutionnelles de l'acte de soin. A l'évidence la relation de soin a besoin de tiers. Or, par delà d'infinies variantes, le fond doctrinal commun à toutes les écoles du New Public Management, n'est-il pas le refus et le rejet de l'institution. Comme si plus rien ne devait être institué et pérenne, comme si tout devait devenir mobile,

souple, malléable. Réformable en permanence. Cette allergie, voire cette phobie de l'institution commune à tous les réformateurs mériterait peut-être une bonne consultation, vraisemblablement plusieurs. Car, pour sortir du champ de la santé, comparer les magistrats à des petits pois interchangeables et traiter les chercheurs de son pays de fainéants, tout juste capables de venir chercher un peu de lumière et de chaleur dans leur bureau en se tournant les pouces, traduit une étrange haine des corps. Du moins des corps constitués. ■



## Conditions préalables au souci de soin (suite)

est celui de pouvoir réellement prendre en compte la pensée des gens ayant l'expérience de l'exclusion sociale. Ceux-ci ont une analyse sur leur vie, mais également sur le monde qui les entoure. Il s'agit d'un véritable savoir, qui contrairement au savoir universitaire, n'est ni organisé, ni reconnu. Des expériences particulièrement positives ont été ainsi effectuées dans le champ de la formation professionnelle<sup>2</sup>. Dans la démarche participative, il convient de ne jamais mettre les

personnes en danger. Elles ont besoin de se sentir soutenues, tant par les professionnels que par leur milieu. Il ne s'agit pas de se donner bonne conscience, il faut accepter ce qui peut en ressortir, et toujours dans des espaces de réflexion à plusieurs : cela nécessite de l'investissement, de la patience, et prend du temps. Sur un autre plan, les représentants des usagers dans les institutions, telles les hôpitaux, ne sont pas issus des milieux en situation d'exclusion. Ceux-ci n'ont pas les

moyens d'être dans les instances, non seulement parce qu'elles ne maîtrisent pas leur vie, mais aussi parce qu'on n'y met pas les conditions pour que ce soit possible.

Dans le champ du soin, somatique comme en santé mentale, si on adaptait nos pratiques au public en très grandes difficultés sociales, ne serait-ce pas l'ensemble de la population qui en bénéficierait ? ■

<sup>2</sup> De Goër B., Ferrand C., Hainzelin P., Croisement des savoirs : une nouvelle approche pour les formations sur la santé et la lutte contre les exclusions, in *Santé Publique* 2008, 20, N°2, p. 163-175 ; Ferrand Cl., (sous la direction de), *Le croisement des Pouvoirs*. Editions de l'Atelier Ed. Quart monde, Paris, 2008, 223 p.

# Nos paroles à l'aune du commerce équitable

L'heure est au commerce équitable. Même les supermarchés, les grandes surfaces, vendent café ou bananes arborant fièrement ce label. Gage semble-t-il de respectabilité, d'éthique, d'un souci pour la survie économique des populations déshéritées. Les « sans terre » demeurent cependant en quête d'une telle dignité sur les marchés de la santé, du social et de l'éducation. Loin s'en faut pour qu'ils puissent y bénéficier d'échanges équitables.

Les échanges entre soignants et patients, travailleurs sociaux et personnes assistées, enseignants et enseignés, restent en effet pétris d'inégalité, une inégalité que l'asymétrie de leurs positions respectives dans la relation d'aide ne justifie aucunement. Si nous décortiquons les paroles qu'ils s'adressent, leur nature et leur valeur, nous observons aisément que leur « commerce » obéit à la loi du plus fort.

Il faut d'abord distinguer *paroles données* et *paroles dues*. Du haut de nos chaires professionnelles, nous fonctionnons trop souvent comme si nos interlocuteurs étaient en dette à notre égard, nous devaient des informations. Nous leur posons des questions auxquelles nous souhaitons qu'ils nous répondent avec une transparence qui pourtant nous rebuterait si elle nous était exigée. Si nos vis-à-vis préfèrent l'esquive ou le silence, nous en concluons à la présence de secrets qui taraudent notre curiosité ou, pire, de diagnostics qui enferment l'autre dans une pathologie. Mais même en l'absence d'interrogations ciblées de notre part, tout aveu spontané de souffrances, d'incompétences, d'expériences pénibles nous apparaît comme un *dû* : il faut bien, n'est-ce pas, que clients ou usagers se découvrent pour que nous puissions les aider. Mus par cette perception pour le moins partielle des scènes où nous oeuvrons, nous pouvons nous conforter dans l'idée qu'au cours de ces échanges profondément inégaux, nous sommes et demeurerons les seuls et uniques donateurs des fruits d'un savoir tout

au moins. Les ravages d'une telle conception empestent, depuis pas mal de temps déjà, les théâtres où nous jouons bien sagement nos rôles : les naufragés, accoutumés aux creux de la précarité et de l'exclusion, ne nous font plus confiance.

Mais les virus de la misère sociale, de la perpétuation des inégalités, s'invitent à nos entretiens de manière plus subtile encore. Je qualifie de *précieuses* les paroles dont un locuteur ne souhaite pas la transmission à des tiers, ces paroles qui portent aussi en elles l'importance accordée au lien qui unit les protagonistes de la conversation. Ainsi en va-t-il des mots et des phrases qui disent une souffrance, un vécu intime, un sentiment d'impuissance, mais aussi une valeur à laquelle s'accroche un espoir. Sans avoir ici besoin, pour des raisons évidentes, de nous référer aux lois du secret professionnel - à cet égard bien pratiques pour dissimuler notre propension aux forfaits de lèse-intimité - nous savons tous par notre propre expérience que toute confiance à un ami d'une dispute conjugale ou d'une grosse bêtise de nos enfants s'assortit d'un accord tacite : nos paroles resteront enterrées dans la mémoire de notre ami qui, sauf demande explicite de notre part, n'ira point les colporter aux alentours. A l'inverse, je qualifie de *monnaie* les paroles suffisamment neutres pour ne point devoir s'embarasser d'une telle précaution, pour être en tout temps transmissibles à n'importe qui : le locuteur ne parlant pas de lui-même, ne se découvrant point, elles ne représentent d'aucune manière la valeur accordée au lien entre les partenaires de l'échange.

Or un regard un peu incisif sur le va-et-vient des paroles dans nos contextes professionnels montre aisément, à qui veut bien le voir ou du moins l'entendre, que nos patients, clients, usagers, élèves nous livrent le plus souvent des paroles précieuses en profusion, alors que nous nous contentons de leur répondre dans le registre des paroles monnaie. Précieux contre monnaie, termes de l'échange définis par les mieux lotis, douloureux rappel du pillage du Sud par les nantis du Nord : les uns à chaque tour - à chaque entretien - s'enrichissent, les autres n'en finissent pas de s'appauvrir. Et, malgré nos professions de foi, nous enfonçons le clou de la précarité, ciselons l'exclusion de ceux que nous prétendons aider, engendrons du même coup la misère dont nous faisons notre fond de commerce.

Une révolution plurielle s'impose. Révolution de nos concepts d'abord : les notions de distance et d'alliance thérapeutique, d'empathie et d'écoute, entre autres, méritent d'être repensées. Révolution aussi des fondements anthropologiques et philosophiques de nos discours : les théories du don et de la reconnaissance recèlent des pépites d'inspiration. Révolution de nos pratiques ensuite : il s'agit de rééquilibrer les termes de l'échange, oser des paroles précieuses et donc nous-mêmes nous découvrir, tendre vers une réciprocité curatrice des liens sociaux blessés. Révolution finalement dans l'enseignement de nos disciplines : insérer les exigences de réciprocité, de reconnaissance mutuelle et d'échanges équilibrés au sein même des facultés et des lieux de formation continue. Ample mais nécessaire défi. ■

**Jean-Claude Métraux,**  
Pédopsychiatre,  
Lausanne (Suisse)

## Bibliographie

Métraux J.C., Le don au secours des appartenances plurielles, in Centlivres P. et Girod I. (Eds), *Les défis migratoires*, Seismo, Zurich, 2000, p.457-464.



# La pairaidance en santé mentale

**La pairaidance ou l'entraide mutuelle se diffuse peu à peu en France et est reconnue dans le champ du handicap psychique<sup>1</sup> comme une ressource, subventionnée en tant que compensation du handicap pour lutter contre l'isolement, l'exclusion sociale et la stigmatisation. L'entraide mutuelle est vue comme un objectif des GEM ouverts en ville, voire comme un support, un vecteur pour des projets collectifs.**

**Martine Dutoit,**  
Directrice Advocacy France

**Marie-Claude Saint-Pé,**  
Chercheuse,  
Institut International de  
Recherche-Action (2IRA)

De fait, les groupes supports entre pairs, c'est-à-dire entre personnes ayant vécu des expériences similaires existent depuis longtemps dans différents secteurs de la vie sociale, visant à répondre à une problématique curative (addiction), ou plus préventive (approche en santé communautaire) et ils peuvent, même, être initiés par des professionnels du travail social selon la méthodologie de travail social avec les petits groupes (TSG).

Les pratiques de pairadvocacy semblent tenir les deux bouts d'un processus de transformation des personnes et d'un processus de transformation sociale<sup>2</sup>.

Telles que sont décrites ces pratiques par les praticien-nes mêmes<sup>3</sup>, l'aide prend réellement une forme de *self-help*, une aide par soi-même, entre pairs, ou une forme « d'aidance socratique ». S'aider par soi-même peut être l'expérience d'une vie libre et autonome ordinaire ; mais l'expérience de pairadvocacy oriente ces pratiques dans une visée de transformation sociale, non seulement *pour* les personnes

connaissant des empêchements, mais avec ces mêmes personnes, se considérant alors et se faisant considérer comme citoyennes à part entière, en capacité de faire reconnaître leurs droits et d'exercer leur devoir. La manière d'acquiescer ou de recouvrer cette capacité met en jeu, dans le système social français, les difficultés des personnes aussi bien que leur détermination ; mais elle met essentiellement en jeu leur environnement socio-économique et culturel et son mode de gouvernance en ce qu'il doit être offreur de *capabilités*<sup>4</sup> à l'ensemble de ses administré-es par delà leurs différences. Les problématiques que cherchent donc à résoudre ces pratiques sont les situations de handicap ou de discrimination posées par l'environnement à ces personnes comme un empêchement à une vie libre et autonome.

Du coup, si ces pratiques intègrent une fonction de secours pouvant intervenir pour pallier un besoin qu'aucun service spécialisé ou de droit commun ne peut satisfaire dans la situation donnée, elles consistent d'avantage en des formes d'interventions de médiation, d'entraînement au changement et de réseau.

La fonction de médiation est constante dans toute la démarche de pairadvocacy soutenant une personne dans ses choix et jusqu'à ce qu'elle soit effectivement considérée comme usagère ou cliente des services dont elle a besoin ou citoyenne de la cité. Elle s'inscrit dans le cheminement entre la demande subjective

et la demande objectivée et admise par d'autres acteurs sociaux ou par l'institution. Si ce rôle de médiation est nécessaire pour les personnes, il est parfois reconnu positivement par les professionnels et les institutions. La fonction d'entraînement au changement est consécutive à la fonction de médiation quand celle-ci entraîne un changement de regard, une compréhension plus juste des situations et parfois d'autres pratiques professionnelles et institutionnelles, notamment celles reconnaissant et intégrant l'apport des pairadvocat-es dans l'analyse d'une situation juridique, sociale ou médico-sociale.

La fonction de réseau naît du mode d'accompagnement en pratiques de pairadvocacy entraînant au moins deux formes de dépassement des difficultés. La première entraîne le dépassement du besoin de justification pour se faire comprendre entre personnes, même si elles sont de statut différent. La deuxième entraîne le dépassement d'une relation d'aide de type professionnel, problème/solution, vers une quête commune de vie autonome sociale et citoyenne.

Ainsi au fondement de ces pratiques se retrouve la similarité des expériences qui ne se reconnaît qu'entre pairs. De même, le développement de ces pratiques repose sur cette reconnaissance mutuelle. Mais cette similarité d'expériences n'est pas celle d'être malade ou d'être handicapé. Elle est celle de la détermination à vouloir vivre une vie libre et autonome, sociale et citoyenne, qui engage les personnes selon un savoir-être efficace et responsable, par-delà les difficultés personnelles et sociales rencontrées. L'expérience des pratiques de pairadvocacy permet une transmission, un partage, une stimulation de ce savoir-être et les transformations individuelles et sociales qu'elle entraîne.

Il reste à repérer les personnes porteuses de ce type de profil d'expérience de vie et à les amener à rejoindre ce réseau de pairadvocacy. ■



<sup>1</sup> En 2000, s'inaugure à Caen le premier Espace Convivial Citoyen qui sert de modèle aux Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) développés à partir de la loi de 2005.

<sup>2</sup> Martine Dutoit, *De l'advocacy en France*, EHESP, 2008.

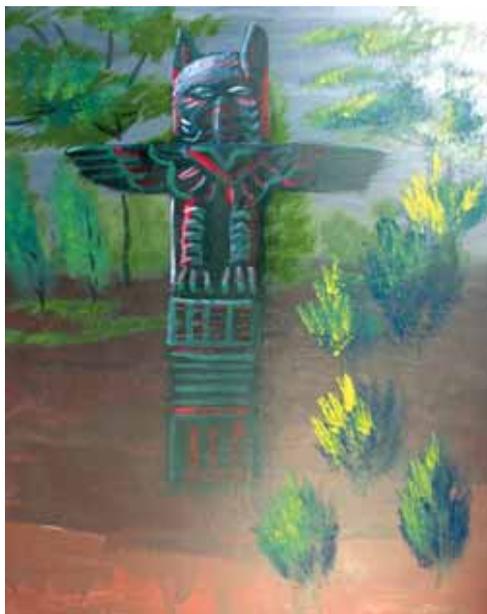
<sup>3</sup> Formation par la recherche-action de formateurs-trices en pratiques de pairémulation et de pairadvocacy, 2IRA, Rennes 2, 2007 ([www.2ira.org](http://www.2ira.org)).

<sup>4</sup> Amartya Sen, *L'économie est une science morale*, La Découverte, 2003.

# Ne pas rajouter la violence à la violence

**Jean-Pierre Martin,**  
Psychiatre,  
Réseau Souffrance et  
Précarité, Esquirol  
(Saint-Maurice)

**La rue est comme une emprise du malheur pour ceux qui sont marqués par l'abandon dans leur intimité. Et puis il y a ceux qui y font des passages ou des séjours plus ou moins prolongés dans les avatars de la précarité sociale, travailleurs pauvres, immigrés au bout du voyage, exclus du logement... Etre à la rue est parfois un voyage ou un espace inventé par le délire, imaginaire délirant qui côtoie la dépersonnalisation identitaire.**



Mais vivre dans la rue est aussi une forme de résistance dans l'extrême, une sorte de souffrance qui s'exprime par la provocation et l'affirmation du groupe comme signe de ce pacte narcissique avec la marginalité. S'y retrouvent donc des précaires désaffiliés, des exclus, des errants de la folie et des résistants.

Cet être à la rue est un avatar du social qui fait désordre public, coup de pied dans les normes, qui exprime une réalité de la société actuelle et sa violence, une inscription qui peut être un point de non retour. La défense sociale est la contrainte, l'humanité et ses projets démocratiques est créer du lien social. C'est sous cet angle que se pose la question de la contrainte, cette violence qui continue d'autres violences inaugurales, qui appelle la violence sacrificielle.

L'histoire a fixé le vagabond, le sans aveu comme une des expres-

sions de la folie, avant d'en faire une maladie sociale. Les lois d'internement sont nées de ce traitement spécifique qui se partage avec la prison. Ce sont les classes opprimées qui sont l'objet du discours sur les classes dangereuses. La rue est un no man's land entre l'hôpital et la prison.

Cette contrainte d'ordre public s'applique absolument, et aujourd'hui la psychiatrie est appelée, malgré ou à cause de sa modernité médicale et psychologique, à en être l'instrument. Délirer dans la rue est une des principales causes de ces mesures d'hospitalisation sous contrainte à Paris, que le délire soit structurel, expression des addictions massives ou de refus de la chute humaine. Ceux qui expriment leur résistance dans l'extrême sont particulièrement visés car ils s'opposent en particulier aux interventions policières. Les constats sont accablants sur Paris où une hospitalisation d'office sur trois concerne un SDF ou un précaire quant au logement.

L'équipe psychiatrique d'accès aux soins intervenant dans la rue est alors prise dans cette double identification : « médecin ou policier ? », alors que l'infirmière reste un nursing possible fantasmé, alors que l'assistante sociale reste une prestation d'aide éventuelle. Les figures de l'infirmière et de l'assistante sont la première ligne qui indique un prendre soin dans la sollicitude préservant de la violence contrainte.

La situation d'une femme mutique dans un abribus depuis plusieurs années, visitée par des passages réguliers hebdomadaires de l'équipe psychosociale du Réseau Souffrance et Précarité, prend consistance quand elle parle brièvement de l'absence de ces visites pendant une période de vacances. A partir de cette parole, lors des passages suivants, elle accepte de lâcher quelques mots sur sa fatigue et sa solitude à vivre dans la rue, mais refuse toute structure de soin. Une intervention du médecin n'est pas rejetée, celui-ci ayant été alerté par l'infirmière de la dégradation de son état phy-

sique, mais elle reste silencieuse quand celui-ci lui dit qu'il va organiser son accompagnement dans un service d'urgence. Le lendemain, elle n'oppose pas de réelle résistance à monter dans le bus de la BAPSA (police spécialisée vers les SDF à Paris) à la demande de l'équipe. Son passage aux urgences permet d'aborder la dimension mélancolique de son repli et entraîne une hospitalisation à la demande d'un tiers.

La contrainte ici se fait à partir de l'état somatique, ce qui est la médiation la plus fréquente de l'accès à des soins psychiatriques. Elle est une mesure d'urgence négociable, après une longue période de refus des intervenants à la mettre en œuvre pour établir un lien et un consentement. Dans cette situation, la contrainte d'hospitalisation psychiatrique se déclenche à partir d'un lieu de soin somatique selon l'ampleur de la symptomatologie, mais peut également être évitée en négociant le passage dans les lits halte soins santé où peuvent s'élaborer des débuts de prise en charge soignante.

L'institution du Réseau comme espace de travail du temps à prendre et de la continuité est d'abord une structure de l'accompagnement et de la négociation qui permet d'éviter ou de maîtriser la contrainte : c'est la contrainte et ses limites que l'on cherche à maîtriser et non la personne en errance. Elle est le corps qui redonne de l'aplomb à celui qui dort sur le trottoir.

La violence comme contrainte subie par ceux qui vivent dans l'exclusion est la première contrainte à prendre en compte et ne peut donner lieu à des violences surajoutées de mise à l'abri en force comme réponse aux morts de la rue ou du bois de Vincennes comme cela s'est produit l'hiver dernier. C'est de loin le problème le plus préoccupant dans une période où la violence du management met au premier plan ceux qui se suicident au travail. Le soin psychologique est au minimum un accompagnement, mais pas une solution aux violences du social. ■

# De l'importance de l'interstice en institution

Jean Furtos,  
Psychiatre  
ONSMP- ORSPERE

**Je voudrais illustrer la place de l'interstice<sup>1</sup> dans les institutions, ou plutôt les processus interstitiels qui s'y passent. Où ? Dans les couloirs, entre deux portes, entre deux soins, aussi bien pour les rencontres patients/soignants qu'entre les soignants eux-mêmes. Ce point est important car la tendance actuelle de l'organisation du travail tend à faire la chasse à ces processus.**

Un fait clinique récent. Un de mes patients me téléphone un matin à l'hôpital : il a besoin d'un certificat urgent. Le rendez-vous est pris le jour même à l'unité médicale d'accueil de l'hôpital (UMA), localisation pratique car située juste à l'entrée de l'établissement ; je n'allais pas au CMP ce jour-là. A la fin du rendez-vous, avant de quitter l'UMA, je vois le visage inquiet de l'interne de garde. La jeune femme m'appelle : « Pouvez-vous m'aider ? » Le ton de la demande est pressant et le PH de l'urgence est justement absent pour quelques minutes, la relève infirmière est en train de se faire.

L'interne m'explique qu'il s'agit d'un homme SDF de 45 ans qui exige une hospitalisation, alors que son psychiatre traitant a fait savoir qu'il n'y avait pas indication d'hospitalisation. Je reçois ce patient dans un bureau, avec l'interne. Je me présente, nom, titre et fonction, et je lui fais part du point de vue de son thérapeute. Il fait mine de casser l'écran d'ordinateur du bureau avec son front. Nous échangeons brièvement, puis il retourne dans la salle d'attente, debout, toujours énervé ; l'excitation monte. J'essaie de rappeler son thérapeute sans pouvoir le joindre, et je pense en moi-même qu'il va peut-être falloir appeler les gardes.

Mais quelque chose se produit en moi, tout à fait inattendu : je me vois me diriger vers ce patient et m'asseoir à sa droite, sur le banc où il était assis ; et je m'entends lui dire d'un air démuné bien réel : « on ne va tout de même pas appeler les gardes, ce serait nul ». Chose surprenante, dès que je m'assois à ses côtés, le patient se détend complètement dans son

corps et un souffle s'écoule de sa bouche, comme lorsque l'on est soulagé après un fort stress. On aurait dit qu'il attendait quelqu'un à côté de lui. Il me répond avec conviction : « oui, ce serait complètement nul ». Je lui dis alors que je sais qu'il est actuellement à la rue, qu'il n'apprécie sans doute pas les hébergements d'urgence, mais qu'en effet, son thérapeute estime qu'il n'y a pas d'indication d'hospitalisation, même si c'est bien dommage pour lui. Il se lève alors et dit, en hésitant, comme se parlant à lui-même : « bon, alors, je pars, je vais me débrouiller ».

Il n'y a certes pas de quoi pavoiser d'avoir rendu à la rue et à son système un homme de la rue. Ma réflexion porte sur le geste qui m'est venu de m'asseoir à côté de lui, pleinement assumé, mais, pour ainsi dire, « sans le faire exprès ».

Aucune procédure dans l'accueil en service d'urgence ne prescrit de s'asseoir à côté d'un patient au comportement imprévisible, surtout lorsque le ton monte et qu'on approche le niveau du passage à l'acte. Mais rien n'interdit non plus à un professionnel de le faire si son évaluation implicite, instantanée, le conduit à cette action ; il va de soi que la permission que le professionnel s'accorde est liée au fait qu'il sent ne pas avoir peur du patient, ni de sa propre peur, ni des processus interstitiels, ni du jugement de l'institution.

Cet épisode me paraît digne d'être mis en récit non pour être dupliqué, car chaque situation est unique, mais plutôt pour insister sur le fait suivant : un professionnel connaissant suffisamment bien son travail, et ce qu'il en est de la souffrance mentale, peut être amené à improviser dans la relation à l'autre, dans la proximité avec l'autre. Cet homme savait que j'étais médecin, je m'étais présenté dans le bureau où je l'ai d'abord rencontré. Mais le voir en technique distanciée ne lui faisait manifestement ni chaud ni froid, ou alors plutôt chaud que froid. Il a fallu, dans cette situa-

tion-là, que je me rapproche de lui sur son banc, chose non anodine pour un SDF.

Qu'un professionnel puisse improviser juste (ou faux) dans la relation me paraît constituer l'un des préalables à toute pratique de santé mentale, dans son sens restreint (la psychiatrie) comme dans son sens large (les psys et le travail social).

L'évaluation est dans le résultat, toujours improbable au départ. Ne pas prendre le risque de l'improbable, ne serait-ce pas se comporter comme une machine triviale, c'est-à-dire entièrement programmée, entièrement procédurale, entièrement prévisible ? A la réflexion, je me suis dit que cet épisode pouvait aussi être utile pour la jeune collègue qui, avec beaucoup de pertinence et de sang froid, m'avait appelé à la rescousse.

D'une manière générale, l'intervention en interstice se fait le plus souvent, comme dans ce cas, à la première personne, autant par le geste que par la parole : il s'agit d'une initiative personnelle assumée en tant que telle. Il est bien évident que ce n'est pas un quidam qui inter-réagit, mais un professionnel ; une sorte d'alliage intime entre le comportement réglé du professionnel et son privé, sa manière unique d'être et d'improviser. Du coup, si le thérapeute n'est pas dans la répétition procédurale et hiérarchisée, cela donne au sujet accueilli la même chance de ne pas persévérer dans la répétition, de produire du neuf.

Les espaces interstitiels entre soignants sont tout aussi importants pendant certains épisodes interactifs avec les patients, où il faut quelquefois improviser à plusieurs, que pendant le banal espace temps du café dans une structure de soin ou d'aide. Que se passe-t-il au café ? C'est la rencontre du privé et du métier. On y parlera autant de la rougeole du petit dernier que de ce que vient de dire ou de faire tel patient, qui fait porter au soignant une charge dont il a besoin de parler, comme une régulation au fur et à mesure ; sans compter certaines

<sup>1</sup> Roussillon R., Espaces et pratiques institutionnelles, le débarras et l'interstice, in Kaës R. et al. *L'institution et les institutions*, Dunod, 1987, p 157-178.

Furtos J., Les trois formes d'organisation groupale, in *Actualités psychiques* N° 2, 1983, p 19-30.

## De l'importance de l'interstice en institution (suite)

élaborations décisionnelles avec les médecins si ceux-ci participent au café. Cela ne supprime évidemment pas les temps formalisés d'analyse et de décision ! Mais ces temps interstitiels, ambigus, doivent le rester : est-ce du travail ou est-ce du temps personnel ? Une expérience à la fois commune et théorisée nous conduit en effet à penser qu'il convient de tolérer cette ambiguïté, ce paradoxe, car c'est ce qui rassemble le soignant à l'intérieur de lui-même et les soignants entre eux, leur permettant de rester vivants.

Prenons cette vignette citée dans l'article de Philippe Chanial<sup>2</sup>. Dans un service de cancérologie, une patiente aborde une infirmière en lui disant : « Ah, ça tombe bien j'ai un cadeau pour vous » ; et l'infirmière, alléchée, de demander : « Quel cadeau ? »

« Mais mon cancer, voyons ». Cet échange, loin d'être une caricature, est le type d'échange fréquent où le patient souffrant donne en dépôt sa souffrance à un membre de l'équipe, quelles que soient sa formation et sa discipline, en cancérologie comme en psychiatrie ou dans le travail social. L'erreur serait de répondre : « Je vous en prie, Madame, c'est vous qui avez le cancer et c'est moi qui vous soigne », pour sortir du paradoxe à tout prix. En réalité, que va faire l'infirmière ? Elle va en parler au café, ou dans un couloir, avec une collègue ou l'interne. Elle va ainsi pouvoir porter quelque chose de l'intolérable du patient sans en être inhibée ou par trop affectée.

Les formes de management actuel, comme nous le savons, visent à favoriser les comporte-

ments hiérarchiques et procéduraux. Les rencontres intersubjectives programmées peuvent avoir encore une certaine place dans le traitement en groupe. Mais les espaces interstitiels ont mauvaise presse : c'est du temps perdu, ils peuvent être dangereux (la subjectivité est dangereuse). Pourtant, c'est par ces espaces qu'une organisation peut devenir une institution, capable de tolérer l'inestimable et intolérable objet de l'échange. C'est par eux qu'une institution peut continuer à tenir la saine conflictualité entre le hiérarchique prescrit et le subjectif autorisé, ouvrant une place à ce qui ne doit pas être considéré comme une transgression du cadre, mais plutôt comme une manière de tenir l'ambivalence et la complexité des processus vitaux. ■

<sup>2</sup> Cf. page 9

## Pour un Défenseur des enfants indépendant

Le 6 mars 2000, le Parlement a voté la création d'un Défenseur des enfants, autorité indépendante chargée de défendre et promouvoir les droits fondamentaux des enfants posés dans la Convention internationale des droits de l'enfant que la France a ratifié en 1990.

Depuis 9 ans cette institution, représentée successivement par Claire Brisset puis par Dominique Versini, est intervenue comme un médiateur interinstitutionnel pour plus de 20.000 enfants dont les droits n'étaient pas respectés par une administration ou une personne privée, ou pour les enfants qui n'avaient pas de droits reconnus. Elle s'est aussi imposée comme une force constructive de propositions législatives et réglementaires et parfois d'interpellation auprès des pouvoirs publics.

Le 9 septembre dernier, date du Conseil des ministres où a été prise cette décision, le Défenseur des enfants est appelé à disparaître. Un Défenseur des droits absorbera ses missions, ainsi que celles du Médiateur de la République et de la Commission nationale de déontologie de la sécurité (CNDS).

Au moment où, dans le monde entier, se préparent les célébrations du 20ème anniversaire de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE), signée et ratifiée par 191 pays, la sup-

pression envisagée par la France du poste de Défenseur des enfants a déclenché une salve de protestations dans le monde associatif.

L'Unicef, la Ligue des droits de l'Homme (LDH),... ont souligné le travail accompli par la défenseure des enfants depuis la création du poste en 2000 : "Elle a été amenée maintes et maintes fois à interpellier les préfets ou les ministres sur des situations individuelles de mineurs isolés, d'enfants internés en zone d'attente, placés en rétention et menacés d'expulsion", a rappelé le Réseau Education Sans Frontières (RESF)...

Le nouveau Défenseur des droits a pour but, selon le projet, de renforcer et de donner plus de cohérence et de lisibilité à la protection des droits et des libertés des citoyens en le dotant de pouvoirs renforcés. Si tel est le but, on comprend mal pourquoi le Gouvernement a décidé de limiter son champ d'intervention aux compétences du Médiateur de la République, du Défenseur des enfants et de la Commission nationale de déontologie de la sécurité (CNDS), excluant de fait la protection de droits aussi fondamentaux que ceux concernant les discriminations, le contrôle des lieux privatifs de liberté et la protection de la vie privée menacée par la multiplication des fichiers.

**Claudine Bassini,**  
ONSMP- ORSPERE

## Nous avons lu

### ■ La patience de Mauricette

Lucien Suel, Ed. La Table Ronde, Paris 2009.

Mauricette Beaussart, soixante-quinze ans, a disparu de l'hôpital où l'on soigne sa santé mentale. Son ami Christophe Moreel entreprend de la retrouver. Au fil de sa quête, le passé et le présent de Mauricette s'entrecroisent, tissant peu à peu le portrait d'une femme riche de ses grandes souffrances et de ses petits bonheurs... Un récit rempli d'émotion et d'humanité.

### ■ Intervenir auprès des jeunes en errance

François Chobeaux, Editions La découverte, Alternatives sociales, 2009.

Âgés pour la plupart de seize à trente ans, les jeunes dits en errance sont apparus de manière massive et visible dans l'espace public au cours des années 1990, apparaissant comme les produits et les victimes d'un affaiblissement des liens sociaux et de fragilités familiales. Ce livre présente la synthèse des travaux conduits depuis près de 20 ans auprès de ces jeunes en rupture sociale. L'auteur propose des manières de travailler avec eux, des réflexions et méthodologies issues d'expérimentations et de pratiques collectives sur les façons d'entrer en contact et d'accompagner ces jeunes, en abordant toutes les questions qui les concernent.

### ■ De la précarité à l'auto-exclusion

Jean Furtos, Editions Rue d'Ulm/Presses de l'Ecole Normale Supérieure, 2009, 58p.

Tout sujet humain placé dans un environnement excluant est susceptible, pour se protéger de cette souffrance, de développer un syndrome d'auto-exclusion : une sorte de grève de la subjectivité avec soi-même et avec autrui, qui arrête le mouvement du temps dans une forme de disparition du sujet.

### ■ Situations subjectives de déprise sociale

Jacques-Alain Miller (sous la direction de), Broché, juillet 2009.

Les six sujets présentés dans cet ouvrage ne sont plus en prise avec la routine sociale : isolement, excès du corps, débranchements successifs discrets à l'endroit de la famille et du social. Ils sont plutôt en situation de déprise sociale. Il s'agit moins d'une inaptitude au lien social que d'une absence de liens suivis dans le travail, dans les relations. Ces sujets ne s'y retrouvent pas avec les injonctions sociales, en particulier avec celles, générales ou anonymes, du monde du travail où ils ne parviennent pas à loger la particularité de leur être. La réunion de ces cas donne un éclairage inédit sur les opérateurs qui président à toute insertion sociale.

## Agenda

### ■ Jeunes en errance : 15 ans d'expériences et d'acquis. Quel travail demain ?

Colloque organisée par les Ceméa, les 18 et 19 novembre 2009 à l'Athénée municipal à Bordeaux.

Contact : Tél. 01 53 26 24 24 - Email : [adele.audureau@cemea.asso.fr](mailto:adele.audureau@cemea.asso.fr)

### ■ Souffrances sociales et souffrances psychiques. Réseaux et accompagnement du soin

Journée d'étude organisée par l'IFSI, le CH Gérard Marchant et le centre de formation en travail social Erasme, le 26 novembre 2009, au CH Gérard Marchant à Toulouse.

Contact : Tél. 05 61 43 77 27 - Email : [ifsi@ch-marchant.fr](mailto:ifsi@ch-marchant.fr)

### ■ Psychiatrie et social. Pénuries et précarités. Cohabitation durable ?

#### Quelles nouvelles coopérations ?

Journée nationale entre partenaires du social et de la psychiatrie organisée par le Réseau Régional Actions Psychiatrie Précarité de Haute Normandie, vendredi 4 décembre 2009 au ciné zénith d'Évreux.

Contact : RRAPP Carrefour des solidarités, 49 rue des Augustins 76000 Rouen.

Email : [rrapp@rrapp.fr](mailto:rrapp@rrapp.fr) ou [rrapp276@orange.fr](mailto:rrapp276@orange.fr) - Site : [www.rrapp.fr](http://www.rrapp.fr)

### ■ Mineurs isolés étrangers : des enfants en quête de protection

Premières assises européennes organisées par France Terre d'Asile le 17 décembre 2009 au Grand Palais, 1 boulevard des Cités-Unies, Lille.

Contact : Tél. 01 53 04 20 30



Merci aux artistes et à l'Association Espoir 54 qui ont réalisé le très beau livre intitulé « Funambules de nos vies ».

Contact : Espoir 54 - 6 rue Chevert, 54000 Nancy

**RHIZOME est un bulletin national trimestriel édité par l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP-ORSPERE) avec le soutien de la Direction Générale de l'Action Sociale**  
 Directeur de publication : Jean FURTOS  
 Assistante de rédaction : Claudine BASSINI

#### Comité de rédaction :

- Katia AMORETTI, infirmière coordinatrice EMPP - (Nord Isère)
- Guy ARDIET, psychiatre (St-Cyr-au-Mont-d'Or)
- Frédérique CATAUD, cadre de santé (Bron)
- François CHOBEAUX, sociologue (CEMEA Paris)
- Valérie COLIN, dr en psychologie, ONSMP
- Jean DALERY, prof. de psychiatrie (Univ. Lyon 1)
- Philippe DAVEZIES, enseignant, chercheur en médecine du travail (Univ. Lyon 1)
- Bernard ELGHOZI, médecin (Réseau Créteil)
- Laurent EL GHOZI, président ESPT
- Benoît EYRAUD, sociologue (Lyon)
- Carole FAVRE, infirmière (Le Cannet)
- Marie-Claire FILLOT, cadre socio-éducatif (Paris)
- Carole GERBAUD, responsable associatif (Bourg en Bresse)
- Marie GILLOOTS, pédopsychiatre (Nanterre)
- Alain GOUFFÉS, psychiatre (UMAPPP Rouen)
- Pierre LARCHER, DGAS
- Christian LAVAL, sociologue, ONSMP
- Antoine LAZARUS, prof. santé publique (Bobigny)
- Jean-Pierre MARTIN, psychiatre (Paris)
- Alain MERCUEL, psychiatre (St Anne Paris)
- Michel MINARD, psychiatre (Dax)
- Gladys MONDIERE, dr en psychologie (Lille)
- Pierre MORCELLET, psychiatre (Marseille)
- Christian MULLER, psychiatre (Lille)
- Eric PIEL, psychiatre (Paris)
- Gilles RAYMOND, chargé d'études PJJ
- Pauline RHENTER, politologue (Lille)
- Olivier QUEROUIL, conseiller technique fonds CMU (Paris)
- Nicolas VELUT, psychiatre (Toulouse)

#### Contact rédaction :

Claudine BASSINI - Tél. 04 37 91 54 60



ONSMP-ORSPERE

CH Le Vinatier, 95, Bd Pinel  
 69677 Bron Cedex  
 Tél. 04 37 91 53 90 Fax 04 37 91 53 92  
 E-mail : [orspere@ch-le-vinatier.fr](mailto:orspere@ch-le-vinatier.fr)  
 Web : [www.orspere.fr](http://www.orspere.fr)  
 Impression : Imprimerie BRAILLY (St-Genis-Laval) - Tél. 04 78 86 47 47  
 Conception : Crayon Bleu - Tél. 04 72 61 09 99  
 Dépôt légal : 2302 - Tirage : 10 500 ex.  
 ISSN 1622 2032  
 N° CPPAP 0910B05589