

Bulletin national santé mentale et précarité

Reconnaître l'invisible, gouverner l'imprévisible

Pratiques et savoirs informels en santé mentale

édito

Christian Laval

Tout a commencé lors de la réception par la rédaction de Rhizome d'une recherche sur « l'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie ». Cette recherche (Jean-Paul Lanquetin et Sophie Tchukriel) est apparue d'emblée, au-delà même de son contenu, comme un geste de reconquête et plus largement comme une demande de reconnaissance des métiers. Qu'elle soit invisible, hors protocole, ou encore qu'elle soit nommée « dessous du soin », « la dimension obscure de l'activité » selon le mot de Philippe Davezies, nécessite dans la période, à être précisée et requalifiée. Dans un cadre de soins de plus en plus tendu et protocolisé, la réappropriation d'une parole propre par les professionnels sur ce qu'ils font vraiment, pose des enjeux multiples qui, connectés les uns aux autres, finissent par dessiner une spirale ascendante entre pratiques et savoirs.

Témoigner, faire reconnaître

Entre le « ici on pense comme ça ! » et le « si j'y réfléchis, je ne savais pas que je faisais tout ça ! » une série d'articles écrits par des praticiens cherchent à mettre des mots sur les activités non reconnues par l'encadrement, l'institution ou l'académie. Dans ces témoignages, l'usage de l'informel est plural. Il peut rendre compte du bricolage inventif des soignants dans un dispositif d'accueil collectif ou dans un programme de rétablissement. Il peut aussi authentifier le travail d'accompagnement quotidien de personnes vulnérables, ou enfin attester du dérangement par l'altérité dans un contexte de rencontre interculturelle. La notion est utilisée alors de façon plastique. Cette plasticité a toutefois un intérêt. Différentes leçons pragmatiques forgées sur le terrain aboutissent toutes au constat suivant : lorsque la part informelle de l'activité (quelle que soit la manière dont les praticiens la définissent) n'est pas reconnue par l'institution, celle-ci risque de ne plus être ni bienveillante ni bien traitante pour les membres qui la constituent.

(suite page suivante)



DOSSIER

Les dimensions obscures de l'activité, obstacles ou ressources ? <i>Philippe Davezies</i>	p. 3-4
L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie <i>Jean-Paul Lanquetin</i>	p. 5-6
Institutionnalisation de la Réduction Des Risques, que fait-on de l'informel ? <i>Nina Tissot</i>	p. 7
Le bricolage comme approche de l'informel <i>Jean-Pierre Martin</i>	p. 8-9
L'informel, un espace de rétablissement <i>L'équipe « Un chez soi d'abord, Marseille »</i>	p. 10
Du regard des passagers <i>Édouard Leavne, Léo Wendt</i>	p. 11
Tout est possible puisque rien n'est attendu <i>Christel Humbert</i>	p. 12-13
L'intime et le professionnel <i>Paul Fustier</i>	p. 14-15
Tout ce qu'on gagne à formaliser l'informel : quand l'évaluation vient en soutien à la professionnalisation <i>Marilou Janiaut</i>	p. 16

Comment juger de la valeur d'un traitement médical et qui doit en juger ? <i>Aurélie Tinland</i>	p. 17 à 19
Peut-on expertiser l'informel ? <i>Nicolas Chambon</i>	p. 20-21
La « participation profane » et son usage dans le champ de la médiation socio-sanitaire <i>Sandrine Musso</i>	p. 22-23
Mobilisation des savoirs issus de l'expérience avec la maladie dans les formations en santé mentale <i>Tim Greacen, Emmanuelle Jouet</i>	p. 24-25
Interview de Jean-Marc Legagneux Travailleur pair et Usager-chercheur, Coordinateur de Nomades Célestes - Marseille	p. 26-27
Travail sur Soi et (dé)régulation de l'intervention sociale <i>Didier Vrancken, Rachel Brahy</i>	p. 28-29
Trois temps déterminants avec les enfants en danger dans la rue <i>Eric Messens</i>	p. 30-31
ACTUALITÉS	p. 31-32

Au sommaire

RHIZOME est téléchargeable sur le Web : www.orspere.fr

édito (suite)

Faire reconnaître, formaliser les pratiques

Dans la foulée de cette exposition, formaliser l'informel semble devenir un impératif qui s'impose. Pour autant, cette formalisation apparaît comme une question paradoxale et controversée : paradoxale car lorsque l'informe prend forme, son espace risque de se réduire, controversée, dans la mesure où tout procès de formalisation oblige à une enquête rigoureuse sur son contenu, enquête où les experts en sciences humaines sont de nouveau convoqués. Que nous disent-ils ? La controverse est vive entre ceux qui pensent que l'on gagnerait à évaluer l'informel et ceux qui mettent en garde sur le fait que toute formalisation redouble le pouvoir des sachants. Mais dans tous les cas, que l'informel soit renvoyé à l'intime, aux affects, ou à l'inconscient (selon les auteurs), *ce n'est pas son invisibilité mais son imprévisibilité qui le définit en dernière instance. Mais comment peut-on formaliser l'imprévisible ?*

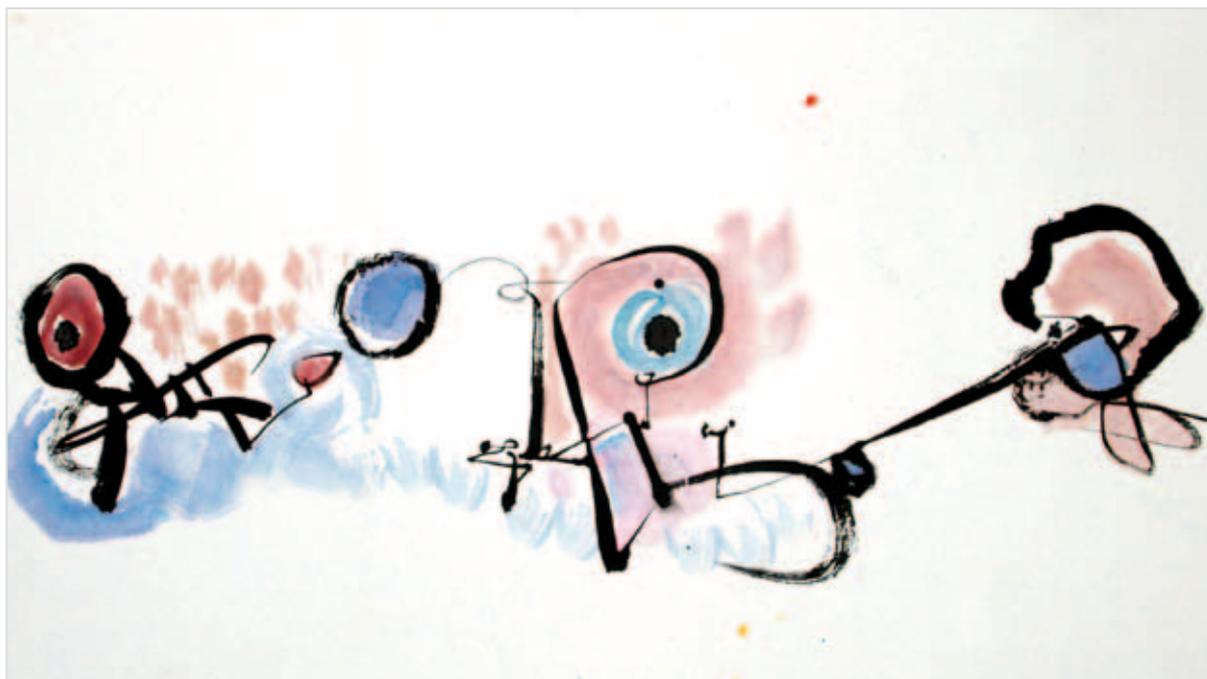
Formaliser les pratiques, mobiliser les savoirs

C'est à ce point exact que les préoccupations sur les pratiques informelles rejoignent celles sur la production des savoirs. Un retour fait par Aurélie Tinland sur l'histoire des « réformateurs thérapeutiques » et sur l'introduction de l'Evidence Based Medicine illustre de manière paradigmatique la tension entre savoir par expérience et savoir par méthode expérimentale dans l'histoire de la médecine, prise elle-même dans un mouvement de remise en cause des vérités scientifiques dans le champ de la santé (vaches folles etc...). Dans un contexte où les « zones grises non explorées par les essais cliniques » perdurent, l'actualité de la

question est paradoxale : c'est au moment même où sont réinterrogées les évidences des experts (dans le double sens de preuves et de vérités non discutables par les non scientifiques), que les savoirs dits profanes ou expérientiels demandent à avoir une voix au chapitre dans la production des connaissances ! Les travaux des *sciences studies* et particulièrement de Michel Callon, cités dans divers articles de ce numéro de Rhizome, sont ici précieux. Ils confrontent les scientifiques à l'exigence démocratique. La question de la transmission des connaissances scientifiques se pose dans un contexte plus large de dissémination de tous les types de savoirs. Se pose alors la double question de la démocratie cognitive (ici sanitaire) et des coalitions d'alliances ou d'adversité entre citoyens et chercheurs. L'émergence de la figure de médiateur de santé et plus largement de la « participation profane » est une des modalités particulières de cette tendance de long terme de démocratisation des savoirs.

Il reste à réinscrire cette nouvelle politique de la connaissance dans le cadre actuel de l'action publique. C'est sans aucun doute ce que propose de faire Didier Vrancken quand il nous met en garde contre les croyances a priori sur les vertus de l'informel lorsqu'elles sont mises à hauteur d'une politique publique qui, dans le même temps, abandonnerait l'objectif de « droits sociaux à visée, universaliste en matières de santé, de formation, d'emploi, de retraite, de logement, de culture, de vie familiale et aussi de citoyenneté ».

D'une actualité itérative, certainement à débattre...



Les dimensions obscures de l'activité, obstacles ou ressources ?

Philippe Davezies,
Enseignant chercheur
en médecine du travail

La question du statut à accorder aux dimensions informelles de l'activité dans le travail est de plus en plus perçue comme un enjeu. Cette préoccupation est suscitée par les dégâts liés à la façon dont les organisations actuelles traitent l'investissement subjectif au travail. Elle devrait conduire à développer des dispositifs qui permettent de faire de l'informel une ressource pour le développement individuel et collectif.

Une sollicitation accrue de la subjectivité au travail...

C'est un fait connu depuis longtemps : même sur les postes de travail à la chaîne, les salariés doivent faire bien autre chose que ce qui leur est prescrit par la hiérarchie. En effet, le travail impose toujours d'affronter une variabilité des situations dont l'ampleur dépasse les capacités d'anticipation de celui qui prescrit le travail. Avec les évolutions des organisations du travail, cet espace d'indétermination s'est largement accru. L'arrivée à saturation des marchés de premier équipement, dans les pays industrialisés, a entraîné un déplacement des ressorts de la performance, depuis les économies d'échelle que permettait la production de masse d'objets standardisés, vers la capacité à s'adapter au plus près aux variations quantitatives et qualitatives de la demande. Les conséquences en termes de travail ont été impressionnantes.

Au début des années 80, moins d'un tiers des salariés français voyaient leur rythme de travail déterminé par la nécessité de répondre à une demande extérieure (clients, patients, usagers). En 2010, cette proportion était passée à 67 % pour l'ensemble des travailleurs de l'Union européenne. Le monde du travail, y compris dans les secteurs les plus industriels, a évolué vers les modalités d'organisation des services. Or,

dans une position de service, le travail est négocié et co-construit avec le destinataire. La part de travail déterminée par la hiérarchie a donc reculé.

De façon beaucoup plus générale qu'auparavant, le travail sollicite l'intelligence, la sensibilité et les valeurs de celui qui l'assume. Cette évolution est néanmoins contradictoire car si l'engagement de la subjectivité est requis, il est en même temps attaqué au nom d'une accentuation de la pression des logiques financières.

... dans un cadre beaucoup plus contraint...

Le rapport de la hiérarchie au travail s'est, lui aussi, profondément modifié. L'encadrement s'est désengagé vis-à-vis des modalités concrètes d'exécution du travail. Les salariés ont constaté avec étonnement qu'ils étaient de plus en plus souvent dirigés par des chefs qui ne connaissaient pas leur travail. Dans le même temps, la montée en puissance des logiques financières s'est traduite par une focalisation de la hiérarchie sur les coûts à partir d'une vision du travail réduite à des indicateurs statistiques et comptables.

Ces évolutions contradictoires ont exacerbé la tension entre les normes de l'activité et les normes de la gestion. Le développement de l'activité conduit en effet à rechercher des modes de réponse de plus en plus adaptés aux particularités des situations rencontrées, alors que les normes de gestion valorisent l'accélération et la standardisation des réponses.

Cependant, ce n'est pas tant l'existence d'une tension entre normes de l'activité et normes de la gestion qui pose problème - elle est inévitable - que la façon dont elle est traitée. Et c'est bien là que se situe la difficulté : les salariés l'affrontent dans l'isolement.

...et dans l'isolement

L'intensification du travail est un puissant facteur d'individualisation. Dans l'urgence, chacun doit faire le tri, dans la masse de tout ce qu'il faudrait faire pour travailler correctement, entre ce qu'il va pouvoir prendre en charge et ce qu'il lui faudra laisser de côté. Or, Les dispositifs sociaux qui permettraient d'arbitrer collectivement les façons de trier ne se sont pas développés. Au contraire, les espaces de discussion se sont réduits sous l'effet de la pression temporelle, de la multiplication des statuts, de l'individualisation des horaires... Chacun se débrouille donc comme il peut, en fonction de sa sensibilité, de ses compétences, de son histoire personnelle et professionnelle.

Cette individualisation du rapport du travail ne peut pas être renvoyée purement et simplement à un individualisme qui serait dans l'air du temps. Elle est le produit d'une organisation qui confronte les salariés à des arbitrages délicats que chacun doit affronter seul. Cette évolution fragilise les individus comme l'organisation. Une part très importante de l'expérience n'est plus socialisée. La multiplicité non discutée des critères de tri se traduit par un développement des conflits interpersonnels. Les phénomènes de harcèlement apparaissent. Ils sont le symptôme d'une fragilisation du tissu social lié à la dissolution des repères communs qui caractériseraient un travail bien fait.

Dans ces conditions retrouver des capacités de discussion sur le travail est un enjeu pour la santé des salariés, pour la qualité de la production, pour la vitalité et la créativité de l'organisation. C'est aussi un enjeu social et politique. En effet, au cœur de leur activité, les salariés affrontent, de la façon la plus concrète, les questions politiques centrales de nos sociétés : celles qui concernent la tension entre les normes sociales et les normes du marché.

Les dimensions obscures de l'activité, obstacles ou ressources ? (suite de la page 3)

Cependant discuter de ce que chacun met de lui-même dans le travail n'a rien d'évident : l'activité est obscure aux yeux mêmes de celui qui la déploie¹.

L'obscurité de l'activité

Les sollicitations qu'il perçoit mobilisent, chez le travailleur, des dispositions à l'action, incorporées au fil de ses expériences antérieures, sans que cela nécessite une réflexion consciente. S'il fallait attendre la production d'un raisonnement formalisé, l'action serait beaucoup trop lente, rien ne fonctionnerait.

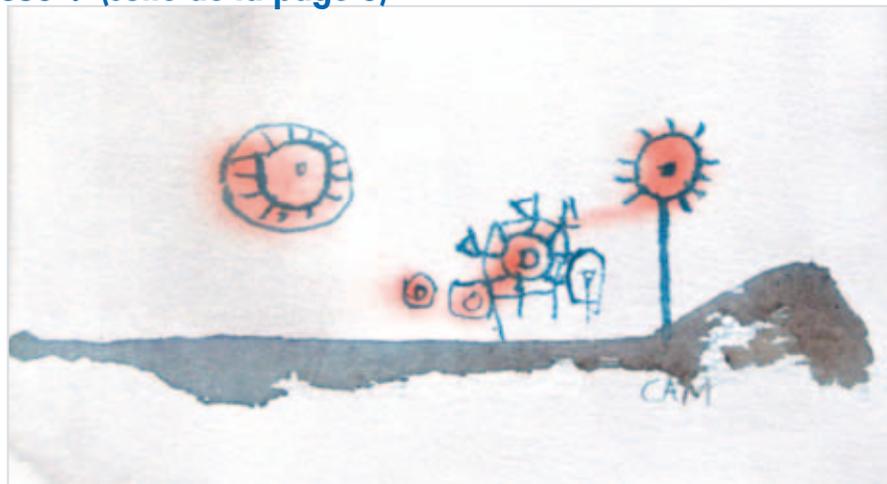
Ensuite, les différents aspects de l'activité qu'il déploie ne s'imposent pas à sa conscience de la même façon. C'est la résistance du réel, l'échec, qui mobilise l'attention. En revanche tout ce qui témoigne d'un rapport harmonieux à la situation reste dans la pénombre. Les êtres humains sont beaucoup plus conscients de ce qu'ils ratent que de tout ce qu'ils font pour que les choses ne s'enrayent pas.

Cette obscurité particulière des dimensions positives de l'activité est au cœur de la problématique de l'ergonomie de l'activité. Dans ce registre, la forme classique du diagnostic en intervention est du type :

« contrairement à l'idée qui circule dans l'entreprise, le travail de cet opérateur ne consiste pas simplement à faire A, B, C, ..., mais à s'occuper de W, X, Y, ..., sans quoi la production serait nettement perturbée ».

Mais, dans cette affaire, le plus saisissant n'est pas que la direction ignore ce qu'est réellement le travail du salarié ; c'est le fait que, face à ce diagnostic, le salarié reconnaît son activité et en même temps la découvre. Systématiquement, sa réaction est du type : « *Je ne me rendais pas compte que je faisais tout ça* ».

Il y a donc un déséquilibre : les défaillances s'imposent à la pensée alors que les dimensions positives de son activité restent



obscurées aux yeux du travailleur. Cela le met dans une situation difficile pour parler de son travail. Dans les situations où chacun est amené à se débrouiller de son côté, se développent des normes de sociabilité et une étiquette qui interdisent de critiquer le travail d'autrui. Dans ces conditions, les difficultés rencontrées ne sont pas beaucoup plus mises en discussion que les dimensions affirmatives de l'activité.

Les discours communs se construisent essentiellement autour de ce qui constitue à l'évidence un sort partagé : les attaques que subit le groupe dans son statut, ses effectifs, ses moyens. Le débat social au sein de l'entreprise se déploie alors à très grande distance des questions vives de l'activité.

Reconquérir les capacités à parler du travail.

Discuter du travail ne nécessite pas seulement des espaces et des temps dédiés. En effet, spontanément, les travailleurs ont tendance à mettre en avant des discours généraux qui suscitent entre eux des oppositions de nature idéologique. Dans cette direction, la discussion peut être menée à l'infini. La présence d'un animateur formé est souvent nécessaire pour recentrer le débat sur l'analyse de séquences réelles d'activité. En effet, c'est lorsque le salarié est confronté à l'activité d'autrui qu'il peut prendre conscience des particularités de sa propre activité. Il apparaît alors que

chacun atteint grosso modo les objectifs prescrits, mais qu'il ne prend pas exactement le même chemin. Les expériences et les sensibilités différentes conduisent chacun à prêter attention à des particularités différentes de la situation et à développer des savoir-faire spécifiques. Porter la discussion à ce niveau, permet de faire émerger non seulement les difficultés mais aussi les dimensions affirmatives de l'activité. Face à l'évocation de situations réelles examinées sérieusement, les espaces de divergences se réduisent beaucoup ; les salariés qui s'opposaient au plan idéologique se retrouvent en position d'apprendre les uns des autres. La circulation de l'expérience recrée du tissu social et ouvre de nouvelles possibilités d'action.

Ce processus de circulation de l'expérience peut se développer de façon spontanée lorsque le travail est réalisé en commun, sous le regard des uns et des autres. Mais cette situation s'est raréfiée. Aujourd'hui, le plus souvent, chacun développe son activité de son côté. Il est alors nécessaire de mettre en place des processus volontaristes de confrontation des activités. C'est la condition pour que les différences d'expérience et de sensibilité, qui apparaissent comme des facteurs d'isolement et de conflit, se transforment en ressources pour le développement individuel et collectif. ■

1. Davezies Ph. Enjeux, difficultés et modalités de l'expression sur le travail : point de vue de la clinique médicale du travail. Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé, 14-2, 2012. <http://pistes.revues.org/2566>

L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie

Jean-Paul Lanquetin,

Infirmier de Secteur Psychiatrique, Praticien chercheur en Soins Infirmiers GRIS ; Centre Hospitalier de St Cyr au Mont d'Or (69) et Centre Hospitalier du Vinatier (69).

L'informel dans les soins et les pratiques infirmières en psychiatrie, comme élément de spécificité, constitue un thème incontournable du (des) métier(s). Nos motivations et notre intérêt à entreprendre et conduire une démarche de recherche sur ce thème de l'informel dans les soins se sont appuyés sur deux constats déterminants du contexte spécifique de l'exercice des infirmiers en psychiatrie.

Un double constat

Le premier constat tient à l'absence ou l'insuffisance de recensement de ce réel de l'activité, entendu ici dans l'écart entre ce qui est demandé à l'infirmier, le registre est ici du côté du prescriptif et ce que cela lui demande. Ce dernier registre convoquant alors la question du « comment ? ».

L'informel se manifeste de manière privilégiée, particulièrement dans le cadre de l'hospitalisation « temps plein », dans l'écart conséquent entre activité réelle et activité prescrite, puis entre activité réelle et ses modes de saisie et enfin entre soins programmés et actions non programmées.

Ces dernières zones discrètes d'activité informelle, ces « dessous du soin » peuvent représenter jusqu'à 50 % du temps « non identifié », particulièrement en unité d'hospitalisation temps plein. Certaines études, qui évaluent

la répartition des soins, entre soins directs et activités d'autre nature, donnent des chiffres supérieurs ; 72% du temps pour Michel Nadot¹, 66,5% pour M. Estry-Behar² et 60,8% pour l'IGAS³.

Cette place est donc quantitativement importante. Elle est le plus souvent liée à la permanence des soins dans les aspects de la vie quotidienne, c'est-à-dire du « vivre avec » et de sa gestion. Ces aspects inhérents au rôle propre de l'infirmier mobilisent et questionnent puissamment l'utilisation de cette dimension institutionnelle du soin.

Le deuxième élément concerne la logique soustractive à l'œuvre quant à l'enseignement de la psychiatrie et des processus psychopathologiques lors des refontes successives de la formation initiale des infirmiers. L'arrêté de 1979 portait à 33 mois et 1376 heures l'enseignement de la psychiatrie ; il était de 440 heures lors de la réforme en 1992, il est de 80 heures depuis 2009⁴. Soit un rapport en pourcentage de moins 94 % en vingt ans confinant à l'évanescence les contenus d'enseignement propre à notre discipline.

Ce double constat finit par poser frontalement la question du statut des savoirs infirmiers en psychiatrie et conforte l'idée de la nécessité d'une approche qualitative et d'un recensement des compétences attendues pour identifier, utiliser et élaborer ces espaces-temps où se situe l'informel.

L'informel, un concept nomade

Nous sommes partis de l'idée que toute forme prend naissance dans l'informe pour aborder ce concept nomade d'informel. Ainsi, le dessin peut partir de la feuille blanche, la sculpture d'un bloc de terre, des mises en forme à partir d'un informe. Ce constat peut s'appliquer à la permanence des soins en unité d'hospitalisation temps plein, au quotidien et à l'ordinaire. Il peut s'appliquer particulièrement à la construction et à la mise en forme de la relation avec nos patients. L'informel peut devenir alors l'élément support sur lequel va se tisser et s'exercer, touche après touche, « petits riens » après « petits riens » une mise en forme de la relation. Cette approche est constituée d'un maillage de microactes et de miniactes pour ces niveaux d'actions souvent très investis en psychiatrie.

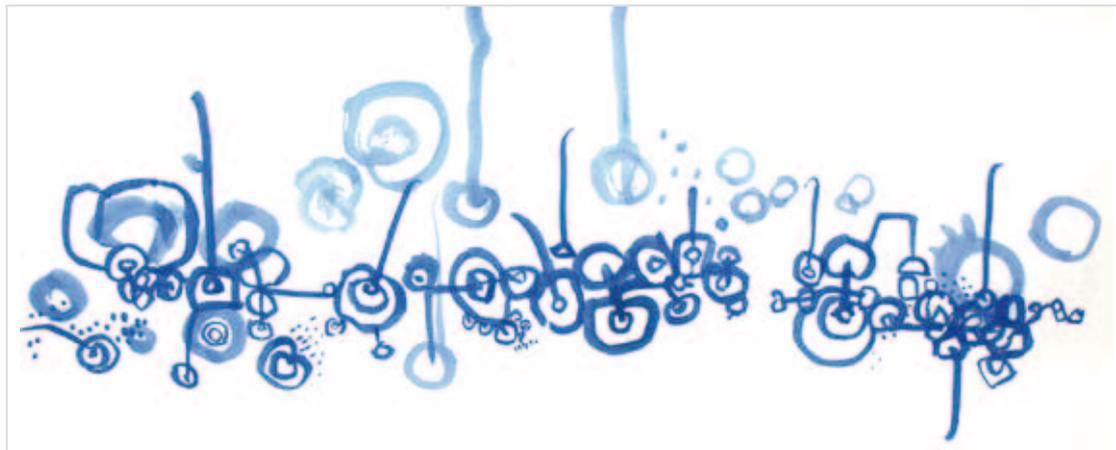
Ainsi, aller discrètement au devant, se rendre disponible, soutenir et offrir sa présence sans l'imposer, s'arrêter sur une détresse ou une inquiétude, porter un geste qui entoure, alimenter un narcissisme défaillant, porter une attention liée à un élément de confort, mobiliser son sens de l'occasion sur l'ouverture d'une fenêtre « relationnel » constituent des actions qui ont une profonde signification sociale et humaine. De même, s'immerger, acter sa parole, aller à la rencontre des

1 - Nadot, Michel. La fin d'une mythologie et le modèle d'intermédiaire culturel. In Dallaire C (dir.) Le savoir infirmier. Paris : éditions Gaëtan Morin; 2008: 359-373.

2 - Estry-Behar M, Fouillot, J.P. Analyse du travail des infirmières et aides-soignantes dans dix services de soins. Document pour le médecin du travail 1990 : p. 131-144. Institut national de recherche et de sécurité (INRS).

3 - Strohl H, Bastinelli JP, Laurand G, Planes-Raisenauf C. Inspection générale des Affaires Sociales. Gestion et utilisation des ressources humaines dans six établissements de santé spécialisés en psychiatrie. Rapport définitif, Tome I/IV-Rapport n° 2007, annexe Réponse de la DHOS -033P, juillet 2007

4 - Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. <http://legifrance.gouv.fr>, Par ailleurs, cette dernière formation renouvelée le paradigme de la formation initiale et le déterminisme socioconstructiviste remplace la pédagogie par objectifs dans une maquette compatible au niveau européen avec le système licence, master, doctorat (LMD).



L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie (suite de la page 5)

5 - Cette question d'un socle de connaissances propre à cet exercice s'actualise autour de la question de la transmission des savoirs avec la circulaire DHOS/P2/O2DGS/6C no 2006-21 du 16 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat et de la consolidation des savoirs pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie.

6 - Panchaud, Raymond et Miazza, Michel « Environnement thérapeutique infirmier : travail du milieu en psychiatrie », EMC (Elsevier Masson SAS, Paris) savoirs et soins infirmiers, 60-705-N10, 2011, pp. 1-2.

7 - Rapport de recherche effectué dans le cadre du Conseil scientifique de la Recherche du Centre hospitalier du Vinatier, « L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie », rapport non publié, 430 pages, disponible auprès des auteurs.

zones de moindres résistances dans les plis du quotidien, s'en servir comme un support au soin, comme d'un facilitateur pour pénétrer l'univers mental de l'autre, que ce soit dans le sens d'un désamorçage, d'un apaisement ou d'une ouverture, ces actions là aussi concourent à la construction d'une ambiance « relationnel ». Elles parlent alors le lieu de soin, elles témoignent de traces d'hospitalité, « *Elles sont le socle du contenir* »⁵.

Ces soins au quotidien contribuent à créer du quotidien, entendu ici dans le sens de connu et de rassurant. La constance de leurs déploiements dessine un environnement soignant et une toile de fond sur laquelle vont se tramer les autres facettes de soins plus construits. En hospitalisation temps plein, nous retrouvons alors les deux temps de la permanence et de la séquence, cette dernière étant liée à l'acte (séance, consultation). Dans le cadre de notre approche, les espaces temps informels sont adossés de manière élective sur ce temps du quotidien et de la permanence. Un espace central en termes de cœur de métier pour Raymond Panchaud et Michel Miazza⁶ ; « *Ce soin du quotidien, cet environnement soignant qu'organisent les infirmiers [...], est l'essence même des soins infirmiers en psychiatrie. [...] C'est dans cet espace que cette profession a construit son identité et ses savoirs propres.* »

Ces savoir-faire discrets et ce travail invisible que suppose toute relation de soin nous permettent d'effectuer un saut logique. Celui de dépasser la démarche de qualité des soins pour aborder celui de la qualité du soin.

Nous avons choisi comme porte d'entrée pour aborder ces actions et les savoirs qui les constituent le terme d'informel. Cinq critères ont alors présidé à cet arbitrage :

- son usage transdisciplinaire ;
- sa nature d'activité hors

prescription et programmation de tâches ;

- sa perception aux entrées larges quant aux pratiques concernées (individuelle ou groupale, occasionnelle ou régulière, etc.) ;

- la notion processuelle dans le passage possible parfois de l'informel vers le formel, une possibilité et en aucun cas une finalité.

- et enfin, un continuum d'activités qui lie les activités programmées et contribue à faire le lit du soin.

La systématisation de ce questionnement sur l'informel a abouti à l'initiation d'une recherche en soins de nature qualitative et descriptive, appliquée au domaine des soins infirmiers en psychiatrie (méthodologie de recherche en sciences sociales).

Les résultats⁷ de cette recherche multicentrique sont riches d'enseignements. Nous avons ainsi pu aboutir en particulier à la caractérisation de 139 fonctions en lien avec ces activités informelles. Un nombre important de repérages d'actions dont aucune ne donne lieu à une saisie d'activité. Ce réel de l'activité avance donc comme une variable masquée dans l'appréciation et l'évaluation du travail infirmier. Au travers de cette étude nous pouvons nous positionner sur la place et le destin de l'informel dans les soins.

La place et le destin de l'informel dans les soins

Evoquer le recours à l'hospitalisation temps plein revient à indiquer la nécessité de soins infirmiers. Le destin de l'informel pour cette part de l'exercice infirmier sera conditionné par les conceptions de soins et leur traduction dans les organisations. Cette recherche et ses résultats permettent d'apporter une visibilité et une lisibilité à ce continent immergé.

Le quotidien et l'informel deviennent ici des éléments constitutifs d'une médiation

par le réel pour cette dimension institutionnelle. Ils concourent à un « prendre soin » individuel et collectif, participent d'un climat relationnel, ouvrent à des espaces transitionnels où se déploient aussi bien des actions de cognition sociales que les différentes dimensions de la proxémie et de l'empathie.

La caractérisation de nombreuses fonctions en lien avec l'informel viennent alimenter les répertoires de ressources professionnelles et favoriser l'ajustement des réponses soignantes. Pour autant, cette approche par fonctions, si elle favorise la traduction des logiques d'actions, n'épuise pas la complexité de ces dernières. Elle contribue à en donner des schémas de modélisation, de dérouler des scénarios psychiques professionnelles.

Des conceptions et des cadres de travail qui réunissent le pôle thérapeutique et le pôle institutionnel, qui conjuguent la notion de réalité interne des patients et de réalité externe étayées, sur une dimension institutionnelle du soin, seront favorables au déploiement de ces actions.

Mais la protection et la stabilité de ces lignes de pensées institutionnelles, médicales, d'encadrement et d'équipe se révèlent fragiles, transitoires, et soumises aux aléas des trajectoires professionnelles. Un départ ou une mutation plonge de nouveau l'informel dans sa partie immergée, là où le précipite son appartenance à plusieurs mondes possibles.

Un monde du soin et de constructions professionnelles en profondeur, comme l'attestent les résultats de notre recherche, pour les équipes qui nous ont témoigné de leurs pratiques, un monde sans consistance et sans entité pour l'évaluation de l'activité, et un monde perçu comme non productif et comme une marge de manœuvre molle pour la partie prescriptive du travail. ■

Institutionnalisation de la Réduction Des Risques, que fait-on de l'informel ?

Nina Tissot,
Éducatrice spécialisée
au CAARUD ARIA-
RuptureS, Lyon

L'institutionnalisation de la Réduction Des Risques (RDR), devenue politique de santé publique en 2005, a eu pour conséquence une certaine formalisation à la fois des pratiques, jusque là plus hétéroclites et mouvantes, et des relations entre usagers et professionnels.

Institutionnalisation, quelle formalisation ?

La législation a imposé, des modèles et des cadres stricts dans lesquels elles allaient se développer. Les dispositifs sont pour beaucoup devenus des établissements médico-sociaux, avec leurs horaires, leurs règlements, où travaillent des professionnels diplômés du travail social, formés à tenir la « bonne distance ». Les fiches de poste apparaissent peu à peu, venant spécifier plus formellement le travail de chacun, ce qu'il peut/doit faire ou non, selon sa profession. Parallèlement, la distinction de statut entre usagers de drogues et professionnels est radicalement affirmée ; il n'y a plus d'usagers dans les équipes, du moins recrutés comme tels. Bref, on a rapproché la RDR des formes d'accompagnement social plus classiques, et cela questionne sur la place de l'informel dans les actions. Loin d'être seulement périphérique, il me semble que l'informel reste encore aujourd'hui constituant des pratiques, aussi institutionnalisées soient-elles, et permet de singulariser les

accompagnements là où les cadres formels ont participé de leur uniformisation.

Que reste-t-il de l'informel et qui rend opérante la RDR ?

Quotidiennement, nous faisons l'expérience que ce qui fonde les pratiques de RDR (et particulièrement l'accueil à bas seuil et le travail de proximité), et les nourrit, ce sont les types de liens qui unissent les usagers et les professionnels. Et ces liens s'établissent et prennent appui sur une certaine informalité des modalités d'accompagnement, dans les murs comme hors les murs de l'institution. Parce qu'il s'agit d'aller au contact, de nouer une relation de confiance avec des usagers qui fuient précisément les cadres formels des institutions classiques (ou en sont exclus parce qu'ils ne respectent pas ces cadres).

Alors, au sein de la structure, les contraintes de cadres, de formes, sont peu nombreuses, pas de DIPEC¹, de projet à formaliser. On se tutoie rapidement, inéluctablement. Si les rendez-vous manqués sont des pléonasmes, il s'agit plutôt d'attraper les usagers sur d'autres temps, ailleurs, autrement. Une discussion devant la porte de la Boutique, au détour d'une cigarette échangée. Quand la pause clope est le temps informel de lien par excellence de tout type d'institution (entre collègues et avec les usagers), ici au CAARUD², le fumoir est presque une annexe du bureau d'entretien, peut-être même le meilleur bureau d'entretien... Quand cultiver une relation de proximité s'accommode mal de formes trop rigides, les liens se créent plus aisément lorsque ce sont les cadres qui s'adaptent à l'utilisateur. Et c'est alors précisément l'informalité de l'échange qui permet l'adaptation, donne asile à ce qui déborde habituellement ces cadres, offre la liberté d'y mettre ce que l'on a besoin d'y mettre : assez de proximité, assez de distance,

assez de confiance. Souvent cela se joue hors les murs, souvent hors champs, pour l'infirmière comme pour l'éducateur, ici ce n'est pas la profession qui doit définir le type de lien, mais l'activité. Les pratiques et les contextes qui autorisent le plus d'informalité sont favorisés, travail de rue, visite à domicile (un squat, un bord de quai), là où les règles de l'interaction et les relations changent de teneur. Les discussions s'amorcent plus naturellement, les gestes de l'injection se parlent, se donnent parfois à voir, au détour d'un échange sur la musique écoutée, par le café proposé, et les confidences se font le temps d'un trajet en voiture, côte à côte plus que face à face...

Ces liens se structurent néanmoins autour de cadres formels – une mission, un statut affirmé de professionnel, sans confusion de places – mais toujours se nourrissent de l'informel. L'informel n'est donc ni hors cadres, ni hors limites, il prend seulement la liberté de les approcher, de les contenir, dans une certaine mesure, tout est alors question de degré.

Ni hors cadre, ni hors limite, l'informel est l'indéfini définissable

Le caractère informel de certains liens n'est pas considéré comme hors cadre puisqu'il est reconnu comme partie intégrante de nos pratiques, et discuté durant les réunions. Penser formellement l'informel, en rendre compte comme d'une pratique, une pratique qui compte, invite à prendre acte de ses effets, et peut-être même à le formaliser parfois : une permanence plutôt que des rendez-vous, une porte ouverte plutôt que des permanences...

La limite entre formel et informel peut alors apparaître relativement floue, quand l'un comme l'autre conditionnent notre travail. Si le formel est ce qui est rigoureusement défini et cadré par avance, l'informel à l'inverse accepte l'incertitude

1 - Dossier Individuel de Prise En Charge, document standard pensé par la loi 2002-2 et sensé être adapté à l'accompagnement d'enfants placés, d'adultes poly-handicapés ou encore de personnes toxicomanes...

2 - Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)



Le bricolage comme approche de l'informel

La mobilisation de métaphores comme le bricolage et la relation informelle est-elle une ressource symbolique de créativité clinique, là où s'affirme la domination d'une pensée médicale scientifique faite de protocoles et d'évaluations diagnostiques et thérapeutiques objectifs ?

Jean-Pierre Martin,
Psychiatre - Paris

L'exemple d'une approche clinique va nous servir de fil rouge. Il s'agit d'un homme jeune, P., d'origine antillaise, rencontré dans un groupe de paroles constitué de SDF. D'emblée, il demande à être reçu par l'infirmière présente qui lui propose de venir au centre d'accueil et de crise. Le caractère éclaté de sa situation sociale et l'apparente incohérence logique de son discours, associés à un vécu de persécution est entendu comme l'appel à un lieu de protection. Il va cependant mettre plusieurs mois à donner suite et c'est de façon décalée qu'il se présente en demandant à voir l'infirmière et moi-même, le médecin dont elle a cité le nom. Il réfuse tout autre soignant.

Un rendez-vous est pris de façon informelle, c'est-à-dire sans jour ni horaire précis, l'équipe d'accueil étant instruite des désinvestissements normatifs du temps chez les SDF. Il arrive effectivement à l'improviste dans la consultation et met en scène devant le médecin un air de rap qui évoque sa galère. Il n'y a pas

de dialogue possible, appelle le médecin mec et les flics l'ennemi. La scène se reproduit trois fois à des jours différents jusqu'à ce qu'il nomme un oncle qu'il aime bien mais est homosexuel. Il s'assoit, regarde le médecin et dit « est-ce que tu comprends ? ». Une parole adressée vient de se produire et la relation commence. Il est présent à l'entretien programmé suivant et affirme d'emblée : « je veux bien faire ce que tu me demandes (se soigner), mais il ne faut pas me lâcher, sinon je me retrouve en dessous de zéro ». Le travail thérapeutique va durer plusieurs années, avec des phases d'entretiens formels et d'autres occasionnés par des rencontres fortuites dans la rue où il donne de ses nouvelles comme si je suivais sa pensée. Son histoire psychotique est marquée par l'errance dès sa naissance, décrite de façon délirante comme le kilomètre deux cent/de sang, lieu du viol de sa mère. Le diable vient le traiter de bâtard à travers les murs. Rester dans un logement donne lieu à des angoisses menaçantes et destructrices, jusqu'à trouver, après plusieurs tentatives, un point d'équilibre rassurant. Les séjours en prison marquent son histoire de « voleur de haut vol », sa spécialité étant de pénétrer dans des appartements en montant par les gouttières, de dealer de « beuh » qu'il finit par abandonner : « ça ruine ma santé ». Il accepte progressivement un traitement qu'il négocie àprement en fonction de ses ressentis. Alors que je le rencontre

dans la rue après ma retraite il témoigne de cette évolution : « tu as du bol toubib tu as réussi ta vie Tu as accès à la retraite ! ».

L'informel est ici ce qui ne se représente pas dans des critères institutionnels formels, établis. Il rend compte de l'imprévisibilité de la rencontre propre au psychisme humain. Dans la désorganisation psychotique cette imprévisibilité est l'impossibilité pour le sujet de tisser une relation avec l'autre qui ait du sens. Le rapport au monde est marqué par le transitivisme (se perd dans l'autre), le négativisme (n'a pas le sentiment d'exister en tant que tel), l'écho de la pensée (automatisme de la pensée)¹. L'approche thérapeutique nécessite une approche souple et multiple qui échappe à chaque instant à la rationalité des dispositifs. Elle s'élabore en fonction des potentialités de chaque moment du quotidien, dans le cadre ou hors cadre, entre formel et informel. Cet entre-deux à construire entraîne un bricolage permanent avec les opportunités. Le matériau est celui de situations humaines difficilement programmables, confronté à l'héritage d'usages antérieurs, tant du côté du patient (ce qu'il a potentiellement acquis dans sa maturation) que du côté du soignant (expérience et savoir psychopathologique). Ainsi, le bricolage, définition métaphorique issue des travaux de Mauss et Bastide sur les religions afro-brésiliennes,



1 - En référence à la description clinique de la schizophrénie de Bleuler.

Le bricolage comme approche de l'informel (suite)

trouve toute sa pertinence dans le soin psychique : à la différence de l'ingénieur, le bricoleur n'a pas la liberté de créer les matériaux nécessaires à la réalisation de son projet, il est obligé de faire avec ce qu'il a récupéré. Ce que le praticien récupère, ce sont des morceaux de pensée et d'expérience humaine pour tenter, avec le patient, de tisser des élaborations de sens, de sortir d'une parole prise dans l'indétermination du rapport à l'autre et les vécus d'intrusion menaçants. Dans le contexte du travail thérapeutique avec P., ce travail passe par la mise en commun au niveau de l'équipe, qui s'étend aux actions d'intervenants du social, dans la construction d'un itinéraire

qui crée du sens à la place de chacun et de chaque structure. Il apparaît ainsi un repérage des temps et des espaces, des vécus apparus dans chacun d'eux, qui réduisent cette confusion du près et du lointain, du présent éternel où aucun avenir n'est pensable dans la pensée psychotique. Cette approche donne tout son sens au travail de psychothérapie institutionnelle.

Avec P. il a fallu du temps et de la présence continue, une institution de protection rassurante pour lui avant qu'il accepte de loger quelque part. Ce temps a été celui d'identifications possibles à une image parentale « bonne », non destructrice. Dans

cette observation, il apparaît ainsi clairement que le médecin a été investi comme une figure paternelle possible, fiable dans la durée. Le résultat est l'apparition progressive d'une parole adressée au thérapeute et un début de structuration symbolique possible. Nous retrouvons ici la question de l'accompagnement « avec » qui se concrétise dans autant d'expériences institutionnelles qui donnent de l'aplomb à la notion d'habiter son propre corps et le lieu où l'on loge. C'est la condition même d'un travail thérapeutique dans la continuité où le bricolage « en train de se faire » avec le patient, construit des espaces de socialisation de moins en moins informels. ■

Institutionnalisation de la Réduction Des Risques, que fait-on de l'informel ? (suite de la page 7)

et autorise d'autres choses, qui seront pourtant pensées, appréhendées, par la suite, comme opérantes. Mais cela implique alors de prendre des risques, le risque des interactions et des réponses non formalisées par avance, des limites toujours à reformuler en fonction de la situation, des conseils et orientations à jauger dans l'instantané, dans le moment clé. Sans toujours attendre la réunion de la semaine suivante, quand la temporalité institutionnelle n'épouse pas toujours celle de l'usager. Quand les cadres formels ne prennent pas en compte la singularité de chaque individu, ce qu'il veut, ce qu'il peut, c'est parfois l'informel qui l'autorise, dans la spontanéité, la prise de risque. Atemporel informel, il n'est donc ni le hors norme, ni le hors cadre, mais ce qui n'est ni normé, ni cadré par avance, où les actes ne sont pas pré-visibles, pré-pensés, pré-découpés, pré-parés, quand ailleurs on voudrait nous faire croire que tout, et chaque acte, serait évaluable, et donc mesurable, en temps et donc en argent...

Rendre compte de l'informel

Pourtant c'est bien dans la manière de rendre compte, d'évaluer, cette partie de notre travail, que nous sommes peut-être le plus en difficulté. Régulièrement nous nous demandons comment mettre en valeur ce type de lien, ces temps informels qui vont conditionner la suite des accompagnements. On chiffre les sujets de discussions abordés par des items, toujours plus nombreux et précis, on repère même l'absence d'échange sous un item spécifique, mais tout n'est pas codifiable. Comment donner à voir l'intérêt d'une sortie en travail de rue avec un usager-bénévole, quand aucun autre usager n'aura été rencontré, aucun matériel distribué, donc aucune donnée répertoriée, mais que ce temps passé à marcher à ses côtés aura permis de renforcer un lien qui le conduira à formuler une demande d'accompagnement vers le soin ?

L'informel c'est aussi tout ce qui ne rentre pas dans les formes préconstruites de l'évaluation, à peine dans nos propres items,

mais faut-il vraiment chercher à l'évaluer, et comment ? Quand les logiques actuelles de l'évaluation sont issues d'un processus d'institutionnalisation qui va justement de pair avec la formalisation des pratiques, cherchant à les définir a priori, et a posteriori à encadrer ce qui peut/a pu échapper, l'évaluation de l'informel ne risque-t-elle pas alors de conduire à sa formalisation ? Quelle responsabilité avons-nous dans la manière de rendre compte de notre travail, formel et informel ? Peut-être s'agit-il de défendre que ce qui se joue dans l'informel ne se donne pas à voir, ne s'évalue pas par des tableaux et des graphiques, mais par des formes réflexives, descriptives, où l'on peut énoncer ce que les chiffres ne diront jamais, ni de notre travail, ni des usagers. Des textes de rapports d'activités qui reflètent la disparité des manières d'être en lien, des possibilités d'être en lien, dont la forme doit être aussi libre que l'informel est indéfini par avance. Performer ainsi l'informel, pour lui permettre de continuer d'exister comme tel, comme une véritable pratique. ■

L'informel, un espace de rétablissement

« Le formel et l'informel (...) sont indissociables (tout comme le sont l'ordre et le désordre, le fonctionnement et la dysfonctionnement) ; ils constituent un « couple notionnel » où l'un ne se conjugue pas sans l'autre¹ »

« Un chez-soi d'abord », programme de recherche-action, propose de comparer deux cohortes de patients souffrant de troubles psychiatriques et ayant vécu l'errance. Le groupe témoin poursuit sa trajectoire d'accompagnement sur le territoire tandis que le *groupe hébergé* est accompagné en appartement individuel avec contrat de bail sans conditions préalables de prise de traitement ou d'abstinence. À Marseille, 90 personnes sont accompagnées à ce jour par une équipe pluridisciplinaire² sur une modalité de suivi intensif.

L'exercice de nos fonctions au sein de l'équipe « Un chez-soi d'abord » se matérialise, à travers le concept de rétablissement, par une mise en tension permanente entre des pratiques formelles et informelles. Nous ne saurions nous revendiquer en dehors de toute forme puisque c'est bien le protocole de recherche qui entoure et légitime nos pratiques. En revanche, cette nécessité d'expérimentation médicale, en tant qu'elle pose un cadre d'intervention, vient créer un espace de savoirs et de savoir-faire. Nous aimons à le nommer « espace d'autorisations » tant il donne des indications sur la direction de notre regard et de nos pratiques, et refuse l'enfermement dans un système clos et par trop normé. D'ailleurs, Gilbert Renaud nous invite à penser l'informel comme « *la ruse qui empêche l'enfermement*³ ».

Belsunce Breakdown pour libérer l'informel

Les temps d'élaboration collectifs organisés par la recherche ainsi que les séances de supervision nous ont amenés sur le terrain de l'informel par de multiples effets de résonances entre la ville de

Marseille, les personnes que l'on accompagne et les parcours des professionnels qui constituent cette équipe. Nos locaux sont situés dans le centre-ville de Marseille qui propose l'ensemble des services informels d'une ville portuaire, vente de médicaments détournés, de cigarettes de contrebande, de drogue, d'amour tarifé... Nombre de nos clients sont des usagers de cette économie qui n'a d'informelle que le fait d'échapper au contrôle de l'État. Porter de l'intérêt à l'informel dans le domaine de l'économie, c'est questionner la société de contrôle. De la même manière, le champ de l'informel dans les pratiques soignantes appartient à une certaine critique des institutions. Il aura fallu Erving Goffman pour repérer les mécanismes des institutions totalitaires et décrire les modalités interstitielles de résistance de ses usagers, soignés ou soignants. La ritualisation morbide de l'asile soutient une lutte de classe figée. L'institution asilaire prescrit les rôles tant des soignants que des soignés jusqu'aux modèles d'inconduites de résistance interstitielle à ce cloisonnement. Ces derniers s'expriment à travers les échanges qui échappent à l'écrit : échanges de biens, de sexualité et de langage, et sont tolérés tant qu'ils ne menacent pas le cadre institutionnel.

Par l'accès à un véritable chez-soi, l'usager et le professionnel échappent à cette ritualisation. C'est une libération de l'informel, de sa potentialité d'action (et de nuisance) hors de l'asile. Il nous appartient de l'articuler au mieux avec la cité dans un projet d'autonomisation de l'usager hors des lieux de contrôle coercitif.

Des frontières (in-)formelles

Ainsi, nous revendiquons une part importante d'informel dans l'exercice de nos fonctions, en tant qu'il est ce qui vient nourrir la forme, le formel, la formalisation ; l'informel pourrait être aussi nommé « l'informe » comme ce qui n'a pas de forme a priori. Entendons par là, pas la forme attendue

par les pratiques habituelles, puisque là où le travail social parle de difficultés, nous aimons à parler de compétences, là où la psychiatrie parle de symptômes, nous aimons à évoquer les stratégies de survie des personnes ayant une expérience du système de santé mentale. Là où le médico-social parle de pluridisciplinarité, nous aimons à revendiquer la transdisciplinarité, comme un dépassement – voire une transcendance – des frontières professionnelles.

L'omelette transdisciplinaire

« André présente actuellement des troubles du comportement à type d'hétéro agressivité sous tendus par des éléments délirants dans un contexte de rupture thérapeutique avec déni total des troubles. La conduite à suivre est donc une hospitalisation sans consentement avec réintroduction d'une chimiothérapie ».

Voici ce que dirait de la situation André la « bonne pratique » transmise dans les manuels. Ici, on tente d'autres réponses : l'hôtel meublé comme refuge, où le gardien de nuit essaie d'apaiser les âmes en peine avec des omelettes, le réseau d'André qui nous offre des réponses inadaptées mais qui a le mérite de ne pas nous laisser seuls, des moments insolites comme la recherche rocambolesque d'un kebab à 10 h du matin... Notre mission : rester au plus près des demandes (farfelues ?) d'André tout en respectant nos limites, nous risquant ainsi à utiliser la crise plutôt qu'à la fuir.

Cela est rendu possible grâce à une série d'outils formalisés qui nous permet de prendre des risques, de faire un pas de côté, de vivre l'informel dans l'espoir, peut-être utopique, de rétablir nos pratiques.

La multiréférence⁴, couplée à la transdisciplinarité, permet un échange collectif étayé par les différentes formations et sensibilités présentes dans l'équipe sur la façon de voir, d'appréhender et penser les situations. La période de crise que nous avons vécue avec André a duré plusieurs semaines. « Tenir » une si longue période

L'équipe
« Un chez soi
d'abord, Marseille »

1 - Renaud Gilbert, Le formel et l'informel : une tension créatrice continue, in : Théologiques, vol. 3, n°1, 1995, p. 129-152

2 - L'équipe du Un chez soi d'abord Marseille s'est étoffée au grès des inclusions des nouveaux patients sur le programme. Nous sommes aujourd'hui 14 personnes plus les stagiaires des différentes disciplines : 1 équivalent temps plein (ETP) chef de service, 1 ETP psychiatre, 0.5 ETP médecin généraliste, 1 ETP médiateur de santé pair, 2 ETP infirmier, 3.8 ETP éducateurs spécialisés, 1 ETP éducateur technique, 0.8 ETP secrétaire

3 - Ibidem

4 - Que cela soit dans le domaine social comme dans celui du médical la pratique classique veut que nous soyons référent d'usager, de patient, de client. Notre programme fût l'occasion d'expérimenter ce que nous appelons la multiréférence. Cet outil consiste à ce que chaque professionnel de l'équipe participe et soit responsable de l'ensemble des accompagnements des personnes bénéficiaires du programme.

Du regard des passagers

Édouard Leaneu,
Interne en psychiatrie,
étudiant en Master 2,
de philosophie de la
santé

Léo Wendt
Étudiant en Master 2
de psychologie clinique

Il est pour le moins banal de noter que les institutions ont pour lot quotidien de recevoir des stagiaires de tous horizons. C'est à partir de cette place spécifique de passagers temporaires (interne en psychiatrie et étudiant en psychologie) régulièrement amenés à monter à bord de différents navires institutionnels et à rencontrer les équipages institués, que nous souhaitons proposer une modeste réflexion.

Bibliographie

Gaillard G. (2004), *En savoir un bout* in Mercader P. et Henri A.N., [dir.], *La formation en psychologie : filiation bâtarde, transmission troublée*, p. 147-162, PUL.

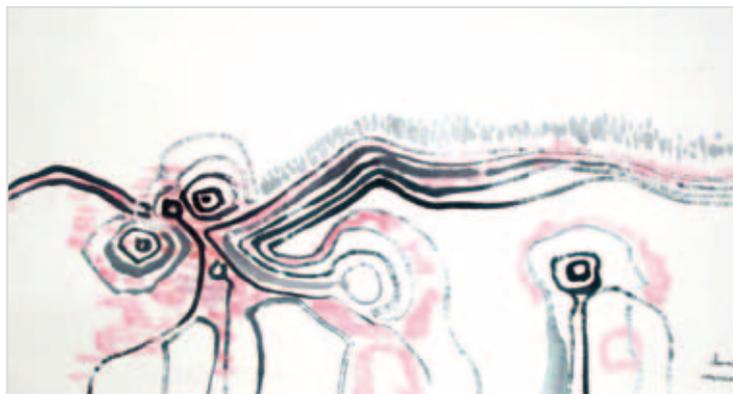
Kaës R. (1993), *Le groupe et le sujet du groupe. Éléments pour une théorie psychanalytique du groupe*, Dunod, Paris.

Mercadier P. (2007), *La formation en psychologie : du savoir à la culture*, in *Pratiques psychologiques* n°13, P. 465-478.

Thouret D. (2004), *La parentalité à l'épreuve du développement de l'enfant*, Erès.

Parmi les spécificités inhérentes à cette place, le statut hybride de l'étudiant lancé dans un processus de formation le situe entre deux positions, celles de l'étudiant apprenant et du professionnel en devenir. Cette situation d'entre-deux est une invitation régulière et parfois déconcertante aux voyages dans les institutions accueillantes, voyages qui s'effectuent également grâce à l'écart entre les références théorico-universitaires et les terrains de stage au niveau pratique. Tentant alors de construire, tel un *migrant* (Mercader, 2007), les codes et représentations à l'origine des cultures non seulement du corps professionnel auquel il souhaite appartenir mais également des cultures et généalogies institutionnelles rencontrées, le passager a pour particularité d'être pour une large part un "profane" que les institutions doivent affilier. La nécessaire reprise des énoncés locaux (façons de faire et de penser) confronte les passagers à l'inévitable *affiliation* dans les groupes institués (Gaillard, 2004) qui favorise au fil du temps la connaissance d'une pluralité de configurations des liens institutionnels.

Ces spécificités provoquent un certain nombre de mises en tension. D'une part la conflictualité théorico-pratique entre pensées formalisées et pratiques professionnelles marquées par les accordages nécessaires avec la réalité de terrain favorise la construction et la croissance d'une professionnalité chez ces passagers ; cet écart contribue à la fécondité de cette position tant qu'il ne devient pas écartelant et qu'il ne conduit pas



à l'exil d'une des deux références. Schématiquement, la crispation autour d'un savoir universitaire pourrait dénoter la rigidité du passager ; de la même façon, les rigidités des groupes institués imposent parfois un collage (clôture) aux énoncés en place. En somme, ce sont les perméabilités mutuelles qui viennent s'interroger réciproquement, témoignant des types de transmission et d'*alliances inconscientes* à l'œuvre (oscillation entre contrats et pactes ; Kaës, 1993). D'autre part, l'arrivée d'un passager suscite parfois des interrogations dans les navires institutionnels. Outre la question de la demande à l'égard du nouveau venu, c'est aussi la place que ce dernier pourra prendre dans les différents espaces du lieu de stage qui peut venir interroger le fonctionnement institué. Souvent "touche à tout", le passager est autant plongé dans les temps formels qu'informels. Les tensions que suscite son arrivée peuvent être mises en lien avec les interrogations dont il est porteur auprès des équipes. "*Ici on ne fait pas ça. Ici on pense comme ça...*" sont des expressions fréquemment entendues et révélatrices des théories du soin propres à chaque structure. La façon de penser et de faire dans les institutions qui est ainsi donnée à éprouver permet d'envisager la pluralité des pratiques et des référentiels théoriques existants.

Il est ici question du regard particulier de ceux dont la présence est transitoire, présence qui s'avère autant enthousiasmante que par moment inconfortable. La position de psychiste en devenir invite au transfert du négatif institutionnel resté en souffrance

de symbolisation, un statut spécifique qui donne toute sa place aux interstices. Souvent objet de confidences du fait d'un départ connu d'avance qui favorise l'abaissement des défenses et les dépôts, le passager est appelé à être tantôt un pur réceptacle, tantôt à transformer des éléments insuffisamment psychisés ; d'où une oscillation entre contenance et réflexivité. Par ailleurs cette place revêt un caractère privilégié pour ressentir la musicalité groupale, la rythmicité ou la dysrythmie dans le rapport aux usagers, révélatrices de la nature de la *parentalité institutionnelle* (Thouret, 2004).

Finalement ces spécificités et tensions placent le passager dans une position particulière dont le regard pourrait avoir une portée révélatrice ; place privilégiée qui favorise l'esquisse de portraits institutionnels dans une temporalité toujours singulière et relative. Pouvoir s'interroger et interroger les pratiques est un préalable nécessaire à l'appropriation/construction d'une pensée en propre ; le sens ne cessant de fuir ou de s'étioler dans le quotidien, réinterroger les évidences peut avoir sa pertinence. Au-delà du transfert dont fait l'objet le passager et de la façon dont il est investi, nous pouvons nous demander si son accueil ne comporte pas certaines similitudes avec celui dont bénéficie l'usager ? Il pourrait être ainsi fructueux pour les professionnels de questionner la possible résonance entre les modalités d'accueil de l'usager et du passager, afin de continuer à "*voir ce qui vaut d'être regardé*". ■

Tout est possible puisque rien n'est attendu

Être éducatrice en prévention spécialisée, c'est travailler dans le milieu de vie des personnes. C'est se retrouver régulièrement dans des situations en apparence informelles mais qui pourtant sont englobées dans un cadre construit, réfléchi. La souplesse de ce dernier permet de favoriser les rencontres avec la population. Tout est excusé à la rencontre et à instaurer du lien. Ces pratiques inscrites dans ces territoires de la marge, nécessitent souplesse, adaptabilité et réactivité.

Christel Humbert,
Éducatrice spécialisée au
Service de prévention de
Besançon

Le « travail de rue » est un pilier de l'activité de prévention spécialisée, il nécessite d'être disponible pour écouter, observer sans insistance et avec discrétion. Sans intention autre que d'aller à la rencontre. C'est déambuler dans le quartier, acheter ses tomates les jours de marché, se retrouver devant le collègue à la sortie des cours, discuter avec les adultes assis sur un banc, taper le ballon le mercredi après-midi avec les plus jeunes, se poser sur une esplanade pour parler avec les adolescents, aller manger au kebab du coin.

Tous ces moments permettent d'arriver à faire partie du paysage et d'intégrer les codes, les rituels autour desquels s'organise la vie des jeunes sur le quartier pour ensuite pouvoir proposer des actions éducatives. Probablement parce qu'il

n'existe ni bureau ni institution pour faire obstacle, dans la rue je me tiens de fait dans une proximité relationnelle. Je partage le quotidien et n'hésite pas à exprimer mon attachement aux lieux, mon empathie aux personnes et à exprimer mon désir de changement, « être capable dans des situations données de passer du rôle professionnel à une relation personnalisée et savoir revenir à une posture professionnelle ». C'est donc s'impliquer, amener ses codes et ses valeurs et pouvoir échanger avec son interlocuteur sur les siens. Passer d'une posture à une autre n'est pas chose aisée. La tendance facile serait de se protéger derrière son statut professionnel, de peur de se mettre en danger en se révélant un peu. En prévention spécialisée, il est difficile de se retrancher derrière les codes de l'institution. Grâce à un savoir acquis par mon expérience, j'ai pu noter que mettre en pratique ce passage d'un rôle à un autre à des moments choisis permet une implication contrôlée et ne porte atteinte ni à la neutralité ni à l'objectivité. Les jeunes perçoivent cette « authenticité » et donnent ainsi à voir d'eux-mêmes autre chose que le cliché du jeune « qui tient les murs ». D'autre part, se rendre à domicile, pour y rencontrer des parents lorsque s'organisent des sorties avec des mineurs, pour discuter avec des personnes qui ne souhaitent pas venir au local, pour répondre à

une invitation de repas ou d'un thé fait partie du travail d'éducateur. C'est entrer dans l'univers de la personne avec ce qu'elle accepte de donner à voir à quelqu'un d'étranger à sa famille, éducatrice de surcroît. Le logement est alors investi comme un lieu d'interaction avec le monde extérieur par la médiation de ceux que l'on accepte chez soi. À la frontière de l'espace familial et de l'espace sociétal, il est le lieu de recomposition, de déconstruction et de reconstruction d'une culture d'origine. On se retrouve parfois véritablement plongé dans un monde hors du temps et de l'espace : la télé est branchée sur une chaîne étrangère, les tapis recouvrent tout le sol, les décorations brillent et les photos familiales s'exposent partout. À l'intérieur du logement, on note la permanence de la culture domestique d'origine, dans l'aménagement du mobilier, la distribution des pièces, la préparation et la consommation alimentaire. Cet espace de rencontre est très important pour améliorer la compréhension de la personne en face de soi mais aussi pour la communication avec elle, qui, quoique implicite, n'est pas moins importante dans la relation d'aide. L'organisation de l'espace familial, les objets symboliques religieux, les gestes, les positions du corps, la communication avec ses rites d'accueil et d'hospitalité sont



Tout est possible puisque rien n'est attendu (suite)

autant de points permettant d'aborder la personne dans sa globalité. En observant finement ce qui se joue dans ces occasions, il m'a été permis de mieux percevoir les difficultés mais aussi les ressources, les compétences et les richesses des personnes. Cette méta communication est riche en information car elle fait accéder aux dimensions cachées de la culture, entre autres à la représentation du temps, de l'espace, aux modes de convivialité, à la manière d'aborder l'éducation des enfants. Elle lève le voile sur des manières de faire susceptibles d'être différentes des siennes. C'est à travers ces moments qui pourraient sembler informels que se joue la (re)connaissance de l'autre, la réciprocité et l'échange.

Ci-dessous, un exemple de situation illustrant l'importance de ces temps où tout n'est pas codifié ni cadré.

Plusieurs points peuvent ici être soulignés :

- Est-ce que cela fait partie de mon travail que de venir installer internet ? Spontanément la réponse est non. Et pourtant j'ai accepté cette demande qui dépassait le cadre de mon intervention et ce pour plusieurs raisons : l'occasion de me rendre au domicile de la jeune femme et découvrir son univers ; me saisir d'une première demande, en apparence anodine, pour instaurer un début d'accompagnement éducatif puisque jusqu'à présent, cette jeune fille n'avait formulé aucune demande d'aide ; rencontrer ses parents et ses deux frères que je connaissais très peu.

- Si je m'étais basée sur mon seul cadre de référence je n'aurais pas accepté d'être dans ce lieu. En effet, selon mes codes, la chambre parentale est un lieu intime et je n'ai pas à y entrer, même sur invitation de la fille de la famille. Il a donc fallu que je passe outre ma réaction première et que j'accepte de l'autre ses normes culturelles. C'est à travers ce genre de moments

que nous pouvons mieux comprendre l'organisation familiale et donc être plus juste dans les propositions éducatives que nous pouvons proposer.

À travers ces deux modes de fonctionnements entre le « dehors » avec le travail de rue et le « dedans » avec les visites à domiciles, on peut percevoir la richesse de ces moments où tout est possible puisque rien n'est attendu. Ce partage du quotidien crée du lien, renforce notre reconnaissance sur le quartier. C'est dans ce quotidien que l'intervention de l'éducateur de Prévention Spécialisée peut s'inscrire. Pour J. Rouzel¹, le quotidien : « est peuplé de choses, de bricoles : assiettes, casseroles, vêtements, draps, moutons sous les lits, poussière...qu'il faut ranger, d'« hommestiquer », humaniser. C'est pourtant à l'endroit de ces banalités, de ce terre à terre, de ce « ras les pâquerettes », que se construit la clinique éducative ». La Prévention Spécialisée se veut donc une institution où la souplesse de son cadre de travail permet encore d'être dans des moments formalisés sans pour autant qu'ils soient complètement codifiés, cadrés et limitatifs. La question n'est donc pas tant de savoir si c'est un moment informel ou non puisque l'étendue du champ d'action de la prévention spécialisée est telle que tout pourrait paraître comme faisant partie du cadre, mais bien de tenir une posture professionnelle. Il ne s'agit donc pas de connaître la limite entre cadre et non cadre, formel ou informel. Cet entre-deux n'est pas si important à repérer à partir du moment où c'est une volonté d'être là où je suis, sur le quartier, avec comme finalité un objectif éducatif. Que ce soit en travail de rue, en présence sociale ou en visite éducative, je suis là car c'est un moment choisi, réfléchi, pensé et qui pour moi a du sens pour mon travail. Ma présence vient signifier un rôle, affirmer une volonté institutionnelle et renforcer ma posture. ■

« A » est une jeune femme de 24 ans d'origine marocaine. Elle est arrivée en France avec sa mère et ses frères il y a huit ans par regroupement familial, son père vivant en France depuis de nombreuses années. Lors d'un temps de permanence à mon local, elle me demande de me rendre à son domicile pour l'aider à régler des problèmes administratifs et à mettre en place sa « box internet ». Elle habite avec ses parents et ses deux frères dans l'immeuble à côté de mon bureau. Pensant qu'elle allait me proposer de me rendre dans le salon ou éventuellement dans sa chambre, j'ai été surprise en arrivant chez elle de me retrouver dans la chambre de ses parents (la prise téléphone et l'installation internet s'y trouvant) avec sa mère allongée dans le lit, faisant une sieste.

Dans cette situation, je me suis sentie dans un premier temps mal à l'aise, ne sachant pas si je pouvais m'autoriser à entrer dans la chambre, A m'a rassurée, me disant que cela ne gênait pas. Je lui ai donc fait confiance. Au final, je suis restée plus d'une heure dans cette chambre et en effet ma présence ne semblait déranger personne : sa mère s'était réveillée et n'avait pas l'air d'être étonnée de me trouver là, assise sur le bord du lit, l'ordinateur sur les genoux à chuchoter pour ne pas la réveiller !

1 - J Rouzel, <http://www.psychasoc.com/Textes/Ouverture-au-quotidien>

L'intime et le professionnel

Les pratiques professionnelles, telles qu'elles se déploient sur le terrain, font appel aux procédures, aux techniques, aux comportements obligés à partir desquels se dessinent une professionnalité, une norme de travail que l'on voudra valider. Mais, simultanément, les prises en charge et les pratiques du soin institutionnel peuvent être envahies par la puissance de l'affect qui caractérise un lien fort ; c'est la personne qui serait en cause plutôt que le professionnel.

Paul Fustier,
Professeur émérite
de psychologie
à l'Université
Lumière-Lyon 2

Comment, dans le concret des situations, ces deux composantes, dont l'une définit des limites quand l'autre se confronte à l'absolu d'une demande, parviennent-elles à coexister ?

Je me souviens d'une conférence donnée pour des soignants en institutions psychiatriques. Quand vint le moment des questions, une infirmière travaillant en gériatrie-psi, et que j'appellerai Anne, prend la parole pour exprimer une difficulté rencontrée avec un patient. Celui-ci lui communique l'impression qu'elle n'en fait jamais assez, qu'elle ne satisfait pas à la demande qui lui est adressée et qu'il lui faudrait donner beaucoup plus que l'exécution de « simples » tâches professionnelles. Elle précise son impression : le patient considérerait qu'elle est sa fille idéale et lui demanderait de coïncider avec cette représentation. Mais il est déçu de la trouver imparfaite et supporte mal qu'elle ne lui soit pas toute dévouée ; notamment, il se sentirait trahi de la voir respecter des horaires, de ne pas être toujours disponible, de lui imposer son départ à la fin de sa journée de travail. Le patient réussit à communiquer à Anne l'impression qu'elle est « avaricieuse », parce qu'elle « compte son temps » au lieu de « donner » son temps ; elle dira que se sentant vulnérable, elle

tente alors de se « replier », se contentant d'exécuter ses tâches professionnelles, d'une manière aussi neutre que possible.

L'intervention d'Anne se termine dans un silence lourd de l'auditoire, que je ressens comme de la sidération. À l'inverse, les trois organisateurs de la conférence réagissent par de l'excitation, comme s'il fallait faire obstacle à une attaque imprévue. Tout se passe pour moi comme si Anne avait délivré à ses auditeurs un message de l'ordre de l'intime, transgressant une règle implicite de banalité qui voudrait que les situations transmissibles opèrent dans une neutralité excluant toute dangerosité liée à l'affect. Les conditions de mon intervention m'ont donné les moyens, dans l'après coup, d'une longue discussion avec Anne dont je vais maintenant indiquer l'orientation.

J'ai fait alors l'hypothèse qu'Anne était prise dans une contradiction entre deux postures :

Posture A : la professionnalité ordinaire. Anne l'infirmière est (seulement) une professionnelle qui déroule un certain nombre de tâches dont l'ensemble constitue le soin. Il s'agit d'actes techniques qui définissent une professionnalité par leur origine qui provient de *l'extérieur* (il s'agit des exigences de l'institution, des compétences reconnues par la formation, du droit du travail, des réglementations). Ce qui vient au premier plan ce n'est pas le lien avec le patient, c'est la définition du soin. Par là, Anne tente de se constituer un territoire protégé, avec ses limites clairement définies et des modes d'intervention repérés. Anne se situe dans un contrat salarial, contrat équilibré entre rémunération et pratiques rémunérées. Cette posture A est celle d'Anne avant qu'elle ne connaisse bien le patient, ou, ultérieurement, comme une tentative pour échapper à la puissance des affects, comme s'il s'agissait

d'atteindre une sorte de position de repos psychique. Mais l'intervention publique d'Anne montre que cette posture est mise en échec, peut-être parce qu'elle ne correspond pas à ce que Anne désire, en tout cas parce qu'elle ne correspond pas à la demande du patient qu'elle a intériorisée.

Posture B : l'intime.

Apparemment, le patient ne se satisfait aucunement de ce modèle « technique » que pourrait lui proposer Anne. Il fait savoir à celle-ci qu'il est dans l'affect, que ce qui importe pour lui c'est ce lien puissant qu'il a noué avec elle. Anne aurait à prendre sa place comme une figure de fille idéalisée, toute dévouée à son père. Elle est, en quelque sorte, « sommée » de se soumettre au désir du patient ; être professionnelle est devenu dérisoire, à la neutralité des protocoles ou des procédures se substitue une tension psychique liée aux enjeux relationnels. Il est question de Don et de Dette et non plus de contrat ou d'échange salarial. Mais cette posture est intenable ; Anne ne saurait réussir à s'identifier à une figure idéale, satisfaisant à l'absolu d'un désir qui voudrait la capturer totalement dans une sorte d'asservissement ; le patient lui demande d'être partie prenante d'une adoption imaginaire, lui interdisant d'exister ailleurs et avec d'autres ; vouloir y échapper serait trahir. Un retour à la posture A pourra alors être tenté par Anne, mais elle le ressentira comme la marque d'un échec, un renoncement à sa « mission ».

La situation que nous décrivons oppose donc deux postures antagoniques ; il y a une posture de « **professionnalité ordinaire** » constitué par un ensemble d'actes professionnels définis de **l'extérieur** par des savoirs, des techniques, des coutumes, des réglementations. Il y a une posture « intime » faisant appel à l'affect, en provenance de **l'intérieur** du Moi dans son lien avec autrui.

L'intime et le professionnel (suite)



Bibliographie

Fustier, Paul, (2000) :
*Le lien d'accompagnement
 entre lien et contrat salarial*,
 Paris, Dunod.

On sent bien que chacune des deux postures est porteuse de sens, mais elles se combattent l'une l'autre ; selon les situations et les personnes, l'une l'emporte et l'autre est sacrifiée. Pourtant elles sont liées l'une à l'autre par construction ; en effet chacune est une tentative pour se substituer à l'autre qu'elle met en échec et par qui elle est mise en échec. Chacune de ces deux postures conduit à l'autre qui s'y oppose, puis fait retour comme pour échapper à cette dernière.

Comment comprendre alors que ces deux approches puissent, et même doivent, être maintenues ensemble dans le même mouvement ? Comment sortir de la confusion comme de l'exclusion d'un de ces deux termes ? Je propose d'utiliser le concept de *métaprofessionnalité* comme un outil permettant au professionnel de clarifier cette problématique en contenant, dans la représentation qu'il en a, les deux séries d'éléments pourtant antagoniques auxquels il est confronté.

Ce modèle décrit un paradoxe dans la mesure où il distingue deux niveaux. Il y a le niveau 1 qui oppose deux éléments antagoniques, la « **profession-**

nalité ordinaire » d'une part, et « **l'intimité** » d'autre part. Il y a le niveau 2, celui de la métaprofessionnalité qui *contient* et articule ces deux éléments.

Qu'est ce qui permet à la métaprofessionnalité d'exercer cette fonction contenante ? Comment peut-elle transformer la contradiction entre intimité et professionnalité ordinaire au profit d'un antagonisme qui va permettre de les rendre compatibles et non confondues ? Elles n'apparaissent pas au même endroit, dans l'accompagnement du patient, l'une s'exprimant dans les agirs professionnels (dans un faire), l'autre dans les affects (dans un ressenti).

Dans l'exemple que nous prenons, Anne aura à accepter les affects qu'elle ressent suite aux demandes d'amour dont elle est l'objet ; elle aura à accepter d'être fabriquée par le patient comme un support pour des représentations de fille idéale ou en échec de l'être. Mais cette reconnaissance ne doit pas amener Anne à modifier ses agirs professionnels ; ceux-ci trouvent leur origine dans un registre d'extériorité dont une caractéristique essentielle est d'exister préalablement

à la rencontre avec le patient. Ils doivent donc demeurer à peu près invariants puisque non dépendants des relations qui se créent. Ce maintien n'est pas aisé, on le voit bien dans la difficile négociation qu'Anne mène à propos de ses horaires de travail. Sensible à la force de la demande que lui adresse le patient, elle pourrait bien, pour satisfaire celle-ci, avoir, comme nous le disions plus haut, envie de modifier ses agirs, en donnant, par exemple, au patient, plus de temps que ce qui est prévu dans ses horaires de travail. Elle esquisserait alors, dans sa pratique professionnelle, une tentative pour répondre *en actes* aux affects qui lui sont communiqués, comme s'il s'agissait de mettre sa pratique en conformité avec ces derniers. En revanche, et à l'inverse, dans ce type de situation, la contenance opérera toutes les fois que le soignant acceptera de ressentir et de reconnaître l'affect qui est le sien, sans que se modifie le cadre organisateur de ses gestes professionnels ni les constituants de sa pratique. Cela pourrait être un des objectifs que devrait se donner une formation clinique au service du soignant. ■

Tout ce qu'on gagne à formaliser l'informel : quand l'évaluation vient en soutien à la professionnalisation

Marilou Janiaut,
Docteur en sociologie,
Formatrice à Donner
+ Kern, Centre de
formation en travail
social, Görlitz
(Allemagne)

Et si le fait de formaliser les pratiques conduisait non pas comme le craignent certains à l'appauvrissement et à la standardisation des pratiques mais plutôt à un enrichissement, à un dialogue positif autour de ce qui fait l'essence du travail social ?

J'ai récemment eu l'occasion d'accompagner quatre équipes de réussites éducatives dans la mise en place d'un outil d'évaluation de leurs pratiques. Les dispositifs de réussite éducative (DRE) ont comme particularité d'être cadrés par un certain nombre de textes (lois, règlement, notes de cadrage, et autres guides méthodologiques) et pourtant dans les faits, les professionnels ont du mal à s'y retrouver et les bénéficiaires encore plus. Les professionnels des DRE que j'ai accompagnés étaient issus de formations différentes (éducateurs, conseillère en économie sociale et familiale, agents de la fonction publique territoriale) et pourtant ils ont décrit leurs pratiques de façon relativement similaire, ils se sont réclamés des mêmes principes d'intervention. Pour expliquer leur travail, les professionnels ont parfois eu du mal à exposer concrètement leurs pratiques au-delà des concepts traditionnellement chers au social « accompagnement » « travail en réseau » ou encore « pluridisciplinarité ».

À quoi correspondent ces termes dans le travail au quotidien ? Être disponible pour répondre au téléphone à des horaires où les parents sont susceptibles d'appeler, effectuer de la veille sur les dispositifs de droit commun existants pour être en mesure d'orienter les parents ou les adolescents, prendre du temps pour échanger entre référent et coordinateurs et s'accorder sur les méthodes d'entretien ; toutes ces pratiques prennent

du temps et sont constitutives de l'identité même des professionnels des DRE. Mais pour arriver à dire ces pratiques, à les reconnaître comme des pratiques, à les formaliser, il a fallu se poser des questions, reprendre pas à pas le sens du métier de référent ou de celui de coordinateur, décortiquer les journées de professionnels, et surtout créer un cadre où chacun se sente libre d'amener ses réflexions sur la légitimité de telle ou telle pratique, sur les améliorations possibles. Autrement dit, un cadre permettant de formaliser l'informel.

À partir de cette expérience de formalisation j'aimerais donc proposer quelques pistes de réflexion. Il m'a d'abord semblé que, paradoxalement, la profusion de textes de cadrage, les divers instruments d'évaluation proposés et imposés ont conduit les professionnels du DRE à se replier sur des positions défensives, non pas dans une logique de résistance au changement, mais bien plutôt pour y retrouver l'essence de leur travail et faire reconnaître la singularité de leur approche. Lors des premières séances de formation, nous avons donc navigué entre rejet en bloc de toute forme de formalisation (alors que les professionnels étaient eux-mêmes demandeurs à la base) et quête de sens et de reconnaissance à travers cette même formalisation.

Pour que les professionnels s'autorisent à partager leurs pratiques, leurs inquiétudes sur la légitimité de telle ou telle façon de faire (à quel moment faire des signalements en cas de soupçon de maltraitance, ou encore l'opportunité d'aller au domicile pour mieux comprendre la situation par exemple) deux conditions doivent être réunies. L'interlocuteur (ici le formateur) doit être reconnu comme légitime et comme apte à comprendre ce que va expliquer le professionnel et

ce même interlocuteur doit être suffisamment extérieur à l'univers professionnel concerné pour pouvoir justement identifier et interroger le professionnel sur cette part d'informel. Plus concrètement, il s'agit alors d'établir une relation de confiance et en même temps de maintenir cette posture d'observateur extérieur.

Ainsi, le côté informel de certaines pratiques renvoie à deux problématiques totalement différentes. D'une part, certaines pratiques échappent à toute tentative de formalisation parce qu'aux yeux des professionnels elles ne revêtent pas les qualités suffisantes pour être qualifiées de professionnelles, d'autre part, certaines pratiques restent dans le non-dit parce que les professionnels eux-mêmes ne sont pas sûrs d'avoir fait les bons choix, d'être dans la légalité. Quel que soit le cas de figure, il me semble cependant que les pratiques ont tout intérêt à être formalisées pour rassurer les professionnels et leur permettre d'effectuer leur travail.

Pour accéder à la part informelle du travail social, cela prend du temps et surtout cela nécessite d'envisager la formalisation comme une aide, un soutien aux professionnels et non comme un moyen de contrôle, de jugement de l'efficacité de tel ou tel dispositif. Toutefois, dès lors que la formalisation est bienveillante, elle permet réellement d'envisager toute l'étendue des pratiques mobilisées sur le terrain et de conforter les professionnels dans leur identité. *C'est ainsi que lors du bilan de la formation, les professionnels ont souligné le fait qu'à travers la mise en place de ce nouvel outil, ils s'étaient affranchis de leurs formations initiales pour se retrouver autour d'une nouvelle identité professionnelle : celui d'intervenant DRE.* ■

Comment juger de la valeur d'un traitement médical et qui doit en juger ?

Une histoire de l'articulation entre production de savoirs et pratiques médicales

Aurélien Tinland,
Psychiatre - Marseille

La médecine préscientifique n'était pas informelle : les médecins de Molière développaient des discours savants à en être ridicules, même si leurs modes d'intervention se limitaient à des lavements et des saignées dont ils se servaient à tort et à travers. Jusqu'à la fin du 19^{ème} siècle, améliorer les thérapeutiques consistait surtout à tempérer l'enthousiasme imprudent des médecins pour des spécialités et des traitements inutiles.

1 - Marks, H., « La médecine des preuves, histoire et anthropologie des essais cliniques », Paris, Les empêcheurs de tourner en rond, 2000, 349 p.

2 - Simmons, G.H., Fondateur du JAMA, « the commercial domination of therapeutics and the movement of reform » JAMA, 18 Mai 1907

3 - Tinland, A., « Un essai d'intervention randomisé comparant deux stratégies de prise en charge des personnes sans domicile souffrant d'une pathologie mentale sévère : le programme « un chez-soi d'abord », thèse de doctorat en médecine. Marseille : université de la Méditerranée, 2011, 123p.

Les « réformateurs thérapeutiques »¹ : la volonté de produire un savoir objectif sur la thérapeutique

La donne changea à l'aube du 20^{ème} siècle avec l'apparition de puissantes molécules, comme l'insuline, responsable de guérisons spectaculaires. Dans un marché non encore réglementé, ces nouveaux agents thérapeutiques efficaces coexistaient avec de nombreux élixirs et pilules produits par des charlatans. Toutes les spécialités commercialisées étaient soutenues sans distinction par une publicité massive des laboratoires, d'abord en direction du public et visant à contourner l'avis du médecin, puis directement auprès de celui-ci. Constatant l'incapacité de la plupart des praticiens à distinguer les fraudes manifestes des remèdes véritables alors que la puissance et la toxicité des traitements augmentaient, une petite communauté hétéroclite émergea sous le nom de « réformateurs thérapeutiques », se donnant pour mission de faire reposer la prescription sur un savoir rationnel. Leur croyance dans la science s'accompagnait de suspicion pour les motivations commerciales des compagnies privées, coupables de « débaucher nos journaux médicaux »

et « d'infecter nos manuels² ». Le groupe se fixa des objectifs : contrôler l'introduction et la promotion de nouveaux médicaments, s'assurer que les médicaments efficaces soient mieux utilisés, et enfin réformer intellectuellement la profession médicale en suscitant une attitude critique.

Pour parvenir à leurs fins, les réformateurs thérapeutiques prirent pour instrument l'expérimentation et s'engouffrèrent dans la voie ouverte par Claude Bernard, qui avait posé quelques années plus tôt que la médecine clinique pouvait être tout aussi scientifique que la recherche en laboratoire en appliquant « la méthode expérimentale », c'est à dire en étant planifiée et soumise à des règles. Dès lors, la mise au point des plans d'études expérimentaux devint une traque sans merci des erreurs de jugement possible - Marks parle de « l'obsession presque paranoïaque des chercheurs des années 50 pour purger l'expérimentation contrôlée de toute subjectivité », et la mise en évidence des facteurs de confusions et des biais entraînaient des améliorations : groupe contrôle, double aveugle, enrichissement de la statistique et enfin randomisation, jusqu'à aboutir à l'essai

clinique randomisé actuel, capable d'inférences puissantes, fort de reposer sur une méthode hypothético-déductive et de spécifier statistiquement son degré d'incertitude³.

L'autre volet de l'action des réformateurs fut d'accompagner la mise en place d'institutions de contrôle, posant les fondements pour qu'une nouvelle conduite thérapeutique ne puisse être adoptée qu'à la condition de faire la « preuve » de son efficacité.

Evidence-based-medicine : la diffusion de la connaissance aux médecins

Malgré ce succès technique et institutionnel, sur le terrain les médecins s'emparèrent de manière très aléatoire de ces « preuves », et au milieu des années 80, une publication de John Wennberg sur les disparités régionales en terme de prescription montra que la connaissance objective et validée influençait souvent moins la décision thérapeutique que l'argument d'autorité, le consensus professionnel, l'expérience professionnelle ou les anecdotes.

Un nouveau mouvement émergea en réaction à ce constat, avec pour objectif d'améliorer le transfert des connaissances désormais produites rigoureusement en



Comment juger de la valeur d'un traitement médical et qui doit en juger ? (suite de la page 17)

direction des praticiens. Ce mouvement, animé d'un même « positivisme » que le précédent (Sackett déclare « Art kills ») était celui des fondateurs de l'evidence based medicine⁴ (EBM). À l'origine, ils travaillèrent sur une pédagogie d'évaluation de l'information médicale : pour que le praticien puisse se repérer facilement dans la littérature scientifique, ils créèrent une hiérarchisation des études en fonction du degré de « preuves » qu'elles fournissent, donc en fonction de la qualité scientifique de leur production. Les essais cliniques randomisés, compte tenu du degré d'objectivité qu'ils garantissent, apparurent naturellement en haut, juste en dessous de méta analyses compilant les résultats d'essais randomisés comparables. L'essai randomisé, consacré en tant que gold standard de la production de connaissance fut fortement favorisé par la démarche, et l'EBM, tout en suscitant des controverses passionnées, connut très vite un succès foudroyant, offrant un socle à partir duquel furent rapidement définies les « bonnes pratiques cliniques ».

Rigidification et contreproductivité paradoxale

Jusqu'à aujourd'hui, la translation des données acquises de la science dans les pratiques ne se fait pas sans résistance. La tour de Babel qu'est l'EBM est insuffisante pour éclairer la pratique médicale réelle : le médecin navigue fréquemment dans des « zones grises », des situations non explorées par des essais cliniques, qui sont, par définition, réducteurs et insensibles au contexte. Les disciplines qui se prêtent mal à l'essai randomisé peinent à intégrer l'EBM : celles dont les interventions thérapeutiques sont difficilement standardisables, celles où le double aveugle est impossible, celles où le temps de l'intervention est un temps long. La psychiatrie en particulier cumule ces difficultés. Le cadre fourni par les guidelines donne aux médecins le sentiment d'être mis sous tutelle, et l'application des protocoles au détriment de la faculté de juger entraîne une rigidification de la pratique qui n'est pas non plus sans risque.

Quant à la littérature scientifique, ayant dépassé un certain seuil critique, elle devient elle-même un obstacle à la réalisation des objectifs qu'elle vise. Les chercheurs, loin d'être « constamment vigilants face aux risques d'auto aveuglement⁵ » ont appris à contourner le protocole initial ou sélectionnent habilement les résultats qu'ils présentent, publiant préférentiellement des papiers qui vont dans le sens de leurs convictions, de leur intérêt personnel ou de celui des laboratoires qui les rémunèrent. Les petits arrangements des industriels avec la méthodologie sont nombreux et, au milieu d'une production pléthorique, les instances de contrôle dépassées. Enfin, l'emploi de statistiques complexes, d'un vocabulaire spécialisé, la complexité des procédures et des règles du jeu sont autant d'obstacles entre l'expert et le profane, profane qui est ici à des degrés divers le citoyen mais aussi le médecin lui-même, insuffisamment formé (on devrait dire « armé ») à la méthodologie de la recherche, et donc à l'interprétation des données nécessaires à sa pratique.

4 - Cette approche préconise en pratique « d'intégrer l'expertise clinique individuelle avec les meilleures données externes provenant de la recherche systématique ». Sackett, dans un éditorial du BMJ « EBM, what it is and what it is not » décrit en 1996 l'EBM comme « l'utilisation rigoureuse, explicite et judicieuse des meilleures données disponibles lors de prises de décisions concernant les soins à prodigier à des patients individuels »

5 - La formule serait de Francis Bacon



Comment juger de la valeur d'un traitement médical et qui doit en juger ? (suite)

Mouvements d'usagers de la psychiatrie

Un des tours de force du recovery movement⁶ aux États-Unis a été de se servir de l'EBM, cet outil imparfait mais puissant, comme d'un accélérateur de propagation de pratiques, un levier politique dans la promotion du rétablissement, en ralliant dès le début des chercheurs comme Marianne Farkas ou William Anthony qui vont avoir un objectif militant : faire du rétablissement une evidence based practice. Avec succès puisque les preuves qu'ils ont produites sont allées de pair avec le développement rapide de cette approche dans le monde anglo-saxon : États-Unis, Australie, Royaume Uni et Nouvelle-Zélande ont adopté des politiques publiques intégrant le rétablissement.

Quant aux associations consacrées à l'autisme, elles mènent « un combat très informé » contre la psychiatrie psychanalytique, jugée coupable de propager des hypothèses non vérifiées, destructrices pour les

familles (par exemple : « la mère n'a pas porté le désir de vie de son enfant »). La psychiatrie des preuves est alors une réaction à une fausse scientificité, une expertise arbitraire et incapable de démontrer ses résultats : « un discours abscons et hermétique pour justifier une pratique obsolète et inadaptée », une manière de revendiquer des comptes : les résultats face à une psychanalyse qui refuse de s'évaluer.

Là où le recovery movement produit lui-même des preuves, les familles de personnes autistes, eux, se positionnent en lecteurs critiques ayant des compétences sur le sujet, y compris des compétences méthodologiques. Ils ont des interactions avec les chercheurs, commentent les design d'étude, proposent la formulation des hypothèses⁷.

Démocratisation du processus de la recherche

Ces groupes militants ont bien compris l'importance politique d'intervenir dans le processus de la recherche pour modifier

l'organisation des soins, les politiques publiques et in fine, influencer les pratiques. Mais, face au risque de contre productivité paradoxale de la recherche actuelle, ne peut-on pas imaginer une intervention citoyenne plus large, un examen citoyen systématique des questions de recherche et de leurs résultats ? Par exemple en installant des forums hybrides au cours de la procédure de l'AMM ? Soigneusement informé, le public pourrait resituer chacun à une juste place, et soutenir leur complexité : les médicaments : ni panacée, ni poudre de perlinpinpin, mais des pharmakons aux faces indissociables ; les chercheurs : ni détenteur du Vrai, ni sophistes patentés des laboratoires, mais menant une quête qu'on devrait lui autoriser négative ; les médecins : ni clergé thérapeutique, ni charlatans, mais des êtres humains sommés d'agir sans savoir suffisant et en intégrant des paramètres multiples. ■

6 - Mouvement des usagers de la psychiatrie dénonçant un système actuel iatrogène, et revendiquant l'espoir en un « rétablissement » existentiel et citoyen et le pouvoir sur leurs propres vies, y compris prises en charges médicales.

7 - Meadel C., « Le spectre « psy » réordonné par des parents d'enfant autiste », Politix 1/2006 (n° 73) p. 57-82.

8 - Selon la proposition de Callon M., Lascoumes P., Barthe Y., 2001, « Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique », Paris, Le Seuil (collection "La couleur des idées"), 358 p

L'informel, un espace de rétablissement (suite de la page 10)

sans céder à une réponse dictée par les risques médico-légaux a été rendu possible par la capacité qu'a la multiréférence à diluer et partager les responsabilités et à permettre à la personne accompagnée de ne pas s'aliéner dans une relation unique avec un professionnel.

Le travail en binôme, outil à la fois formel par son existence et informel par l'interchangeabilité des professionnels, nous permet de nous rapprocher au plus près de la demande des usagers et triangule la relation. Un espace de possibles se crée, permettant

à la personne et au professionnel d'inventer ou de se mettre en recul lors de situations complexes, et d'agir l'informel dans un cadre secure, matérialisé par l'existence du binôme. Pendant qu'un membre du binôme partageait des frites froides et le kebab avec André, le second avait toute la latitude pour observer, intervenir s'il le fallait et réfléchir aux alternatives d'action.

L'informel, dans l'équipe du « Un chez-soi d'abord », se caractérise par un certain nombre d'outils formels, construits dans une dynamique praxéologique,

mais constitue en premier lieu une posture que nous adoptons tous en acceptant de redéfinir les frontières qui – nous le pensons – peuvent nommer et enfermer les individus dans des identités prédéfinies. Comme nous franchissons les frontières professionnelles – le psychiatre qui passe le balai et l'éduc qui donne un médicament ne sont-ils pas aux limites des frontières formalisées ? Nous imaginons pouvoir rencontrer l'autre en franchissant les frontières entre ceux que nous appelons les usagers et les professionnels. ■

Peut-on expertiser l'informel ?

Savoirs et pratiques

À l'heure de la « modernité réflexive¹ », la distinction primordiale qu'établissent les savoirs formels, qui s'objectivent en titres, diplômes et qualifications, qui se traduisent par des partitions triviales entre ceux qui savent et ceux qui ont la maîtrise du savoir (savoir spécifique à tel domaine d'intervention, savoir gestionnaire) et ceux qui sont voués à la pratique, est de plus en plus mise à mal ; plus particulièrement là où, comme à l'hôpital, se joue une relation de service, d'aide... avec un public souvent précarisé. Alors, les professionnels qui sont au front acquièrent une connaissance pratique de la relation de type clinique ou jurisprudentiel, en viennent à disposer de compétences qui font défaut à ceux qui les encadrent, tout en sachant qu'ils ne sont pas légitimes pour dire ce qu'ils savent ; et ceux qui sont censés savoir sont critiqués par leurs manques de pratiques de terrain.

Ainsi nous constatons que les spécificités des « migrants précaires » mettent en difficultés les professionnels, notamment soignants. En effet, cette population, en cumulant des vulnérabilités, tant psychiques, sociales qu'administratives, vient accroître le nombre et le type des demandes d'aide. Des patients se présentent en disposant d'informations – concernant par exemple leur parcours administratif – que les soignants n'ont pas et avec des demandes – on pense au certificat médical – auxquels ces derniers sont en mal de répondre. Et généralement, ceux qui connaissent mieux les patients et leurs problématiques sont ceux qui sont au front, ceux qui font le « sale boulot », dans l'accueil de ce public, qu'ils soient psychiatres, assistantes sociales ou infirmiers. Le « sale boulot » consiste ici, pour citer Pascale Molinier, à « devoir se cantonner à réaliser une prestation partielle quand (on) sait que les personnes en grande précarité ont besoin



d'un accompagnement global. Ce n'est pas que la prestation proposée soit techniquement mal réalisée, c'est qu'elle est insuffisante. »² La connaissance est alors diffuse, et n'est pas le propre de ceux qui occupent les places hiérarchiques.

Cela s'inscrit aussi dans un mouvement général de remise en cause de la science dans la société contemporaine, instruit par de nombreuses controverses ou affaires, telle celle dite « du sang contaminé ». Ce qui a valeur d'expertise n'a plus forcément légitimité aux yeux de tous. En santé mentale, les diagnostics médicaux par exemple peuvent être objet de contestation, dans un contexte où se fait jour la crainte d'une « résurgence d'une neurologisation de la psychiatrie »³. Ainsi, le « stress post traumatique » parfois diagnostiqué chez les sujets migrants fait polémique, dans l'« ambiance totalisante du diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) » pour citer Jean-Pierre Salvarelli. Ce dernier affirme aussi que « l'ensemble des théories, qui ont constitué (la) discipline, se trouve dans l'incapacité de répondre de manière exhaustive et cohérente. (...) Il s'est produit une distanciation entre les corpus théoriques et les pratiques qui en sont issues,

devenues singulières, et provoquant un effet de balkanisation de la psychiatrie »⁴. Ce diagnostic s'applique tout particulièrement au cas des « migrants précaires », pour lesquels les pathologies ne correspondent pas forcément à des catégories nosographiques identifiées. Une psychiatre des urgences nous confie ainsi : « cette barbarie du monde sauvage, on ne la connaît pas aux urgences habituellement [et on voit] des atrocités chez des gens qui, antérieurement, n'ont pas de pathologies mentales, ou ne sont pas disposés à en avoir ». Comment répondre de la souffrance ? Est-elle d'ordre psychiatrique ? Proprement sociale ? De plus en plus se pose la question de l'usager, parfois dit « profane », dans les dispositifs⁵, corrélativement à l'expansion, tout du moins théorique, de la santé communautaire. On doute de la science, et le médecin est aussi confronté à ce doute. Tandis que l'usager, qui est de moins en moins le bon usager attendu, le sollicite d'avantage⁶, tout en tentant de garder la maîtrise de la relation.

Formel et informel

C'est dans ce contexte, où la distinction hiérarchique entre le sachant et le praticien, mais aussi entre le savant et le profane, se brouille qu'apparaît tout l'enjeu de formaliser les

Nicolas Chambon,
Sociologue,
Centre Max Weber,
Université Lyon 2,
Orspere-Samdarra

1 - Beck Ulrich, *La société du risque*, Aubier, 2001

2 - Molinier Pascale et al., « Introduction au dossier », *Travailler*, 2010/2 n° 24, p.16, 17

3 - Jovelet Georges, « Les conditions de la psychiatrie publique », *L'information psychiatrique*, 2011/10 Volume 87, p. 772

4 - Salvarelli Jean-Pierre, « De quoi la psychiatrie est-elle le nom ? », *L'information psychiatrique*, 2013/1 Volume 89, p. 16

5 - Par exemple, le troisième colloque national des PASS qui aura lieu à Chambéry le 16 mai 2014 sera (selon les termes de l'appel à communication) organisé avec l'apport de ceux qui vivent les dynamiques de précarisation ou d'exclusion.

6 - Nous avons défendu dans le précédent numéro de Rhizome le migrant précaire comme figure du débordement

Peut-on expertiser l'informel ? (suite)

pratiques mais aussi les savoirs. A l'hôpital, ce sont ainsi les protocoles, les certifications, les normes à suivre qui sont de plus en plus nombreux. Il faut pour les professionnels rendre compte de l'activité de manière comptable, codifier les actes. Ce qui est informel l'est alors pour l'institution et pratiquement pour l'encadrement, et qualifie ce qui déroge à sa reconnaissance, occasionnant par là même une souffrance pour le professionnel. Ce dernier devient alors responsable -notamment d'un point de vue juridique- de tout ce qu'il ferait en dehors de ce cadre. C'est d'autant plus contradictoire -ou plutôt paradoxal pour ceux qui le vivent- que la singularité des individus « patients » ou « usagers » appelle de plus en plus les professionnels à devoir s'adapter, se plier à leur demande, et donc à sortir du cadre de leurs prérogatives.

Ce dualisme entre le formel et l'informel permet de caractériser les enjeux de pouvoir et de légitimité qui ont cours. L'informel désignant ce qui se fait « hors protocole », il importe à l'institution de le rationaliser, et de disposer des instruments adéquats pour cadrer ce qui déborde. Finalement la formalisation des pratiques, des savoirs viendrait suppléer ce qui se jouait en termes de relation de pouvoir dans le marquage entre savoirs et pratiques. Mais cela déplace aussi le pouvoir du côté du gestionnaire, et non plus seulement du côté du médical. Du moins le pouvoir va-t-il désormais à ceux des praticiens qui jouent le jeu, le jeu de l'institution ; ceux qui savent être des bons gestionnaires, dans un contexte de réorganisation permanent de l'hôpital et de sa bureaucratisation.

Noter, évaluer, sélectionner, manager : il y a aujourd'hui une omniprésence de l'expertise. La formalisation vient redoubler ce pouvoir, le pouvoir du sachant, de celui-là même qui peut dire ce qui est informel, et qui demande à ce qu'on le formalise.

Justement, la caractérisation de l'informel participe aussi de ce mouvement et c'est ce paradoxe que nous souhaitons souligner ici : l'invocation de l'informel, la reconnaissance de sa valeur et les tentatives qui s'ensuivent pour l'objectiver viennent formaliser... Gare à la méprise !

Politique de la connaissance

Cette omniprésence de l'expertise n'échappe donc à aucun professionnel, ni même aux chercheurs de sciences humaines. Nous sommes aussi appelés, à titre d'experts, pour venir dire au commanditaire ce qui se joue et ce qui échappe et ce faisant, pour le réintroduire dans ce mouvement de rationalisation des pratiques et des savoirs. Là où des psychiatres affirment « nous sommes des cliniciens et non des gestionnaires ou des dispensaires d'actes »⁷, nous défendons, en tant que sociologues, l'enjeu de faire un pas de côté par rapport à ce type de demande. Voici quatre points que nous soutenons, documentés par notre pratique de sociologue, mais qui peuvent faire écho à d'autres pratiques.

1. Toute activité a une valeur heuristique ; c'est-à-dire qu'elle constitue comme telle le lieu d'une enquête pratique, le terrain de formation d'une connaissance située d'une portion du monde social, dont le caractère souvent idiomatique la rend difficilement formalisable ; d'autant plus difficilement formalisable qu'elle est plus opératoire.

2. Par conséquent, il y a un enjeu à faire valoir ces activités sans pour autant les formaliser. Pour rejoindre ce qu'affirme Jovelet, « tout n'est pas quantifiable, tout n'est pas évaluable, par exemple la relation de confiance, le transfert, les effets thérapeutiques de la parole à côté de ceux des médicaments »⁸. Pour le sociologue, tout l'enjeu de l'enquête ethnographique est alors de documenter l'heuristique des activités pratiques sans les dénaturer, de prendre en compte

les savoirs les plus informels en les rapportant à leurs modalités de constitution et d'existence, d'explorer la ligne de partition entre formel et informel sans que cela ne vienne formaliser l'informel et en considérant, dans une perspective pragmatiste, que cette partition n'est pas une finalité, ni un point de départ, mais seulement, là où elle est à l'œuvre, un point de passage.

3. Cela pose aussi la question de la place de l'expérimentation dans les pratiques de recherche ethnographiques dès lors que l'on prend le parti de ne pas être les sachants du monde social, ni les experts de l'informel. À ce titre, il nous semble en effet important de devoir expérimenter d'autres manières de prendre part et de restituer ; par exemple par la mise en place des collectifs ou des scènes de réflexivité. Dans un contexte où le collectif est dégradé, et devant la responsabilisation accrue des individus face aux problèmes auxquels ils sont confrontés, il y a peut-être un intérêt à repenser les contours des collectifs⁹ qui font ressources au sein des institutions.

4. Le quatrième point que nous défendons, c'est que cette perspective est éminemment politique. En effet, le présupposé qui sous-tend notre engagement ethnographique, celui d'une heuristique de l'activité pratique, correspond à une proposition d'inspiration pragmatiste relative à l'omniprésence de l'enquête dans le monde social, laquelle se couple à une problématique de la « démocratie cognitive ». « Une chose n'est pleinement connue, soutient Dewey, que quand elle est publiée, partagée et socialement accessible (...). La connaissance enfermée dans une conscience privée est un mythe, et la connaissance des phénomènes sociaux dépend tout particulièrement de sa dissémination, car ce n'est qu'en étant distribuée qu'une telle connaissance peut être obtenue ou mise à l'épreuve »¹⁰. ■

7 - Jovelet p.777

8 - Jovelet p.773

9 - C'est aussi l'argument chez Pascale Molinier, *Temps professionnel et temps personnel des travailleuses du care : perméabilité ou clivage ? Les aléas de la « bonne distance »* in *Temporalités* n°9, 2009

10 - Dewey John, *Le public et ses problèmes*, Gallimard, collection « Folio essais », Paris, 2010 (1927), p.275

La « participation profane » et son usage dans le champ de la médiation socio-sanitaire

Sandrine Musso,
Anthropologue

Bibliographie

Epstein S., 1996, *Impure Science: AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge* University of California Press, 1996

Nguyen V.K., 2002. – « Sida, ONG et la politique du témoignage en Afrique de l'Ouest », *Anthropologie et Société*, vol. 26, n°1, 2002 : 69-87

Callon M., Lascoumes P., Barthe Y., 2001, *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*, Paris, Le Seuil

Mathieu L., « Une profession inachevée : animatrice de prévention en milieu prostitutionnel », *Sociologie du travail*, vol. 42, n° 2, 2000, p. 263-279.

Delcroix C., 2004, *Cumul des crédits et action : l'exemple des médiatrices socioculturelles. Hommes et migrations n°1249*, Mai-Juin : 10-23

Biotteau A., 2007, « Les emplois de médiateurs dans les quartiers difficiles », *Journal des anthropologues* [En ligne], 108-109 | 2007, mis en ligne le 01 juin 2008. URL : <http://jda.revues.org/1141>

Pattaroni, 2006. « Le care est-il institutionnalisable ? » in Paperman et Sandra (dir.), « Le souci des autres. Éthique et politique du care », *Raisons Pratiques*, n°16, 2006.

Généalogies du terme

Le terme « profane » renvoie étymologiquement à la séparation d'avec la sphère du « sacré », plus précisément à celui qui se tient devant (pro) le lieu consacré (fanum), celui de « savoirs profanes » renvoie dans la littérature anthropologique à des savoirs non institués ou consacrés par les grandes institutions, à l'instar de la distinction qu'en fait Jeanne Favret-Saada dans son ouvrage sur la sorcellerie dans le bocage normand, où « théories officielles du malheur » et « théories profanes » sont distinguées (Favret-Saada, 1977). Quelques jalons peuvent ici en être brièvement posés autour de la référence aux « profanes » dans le champ de la santé, et à la participation des mêmes profanes dans celui des politiques publiques. Le terme « profane » fut accolé à celui de la revendication d'une « expertise profane » (Epstein, 1996) dans la description et l'analyse de la participation à la discussion et aux décisions relatives à l'établissement des protocoles de recherche et d'essais thérapeutiques dans le cadre de l'activisme autour du sida. La notion de « participation profane » renvoie dès lors à un phénomène de « politisation de l'expérience » (Nguyen, 2002), lequel fut au cœur de l'histoire sociale des mobilisations en réponses sociales au sida, avant d'être intégré à la grammaire des institutions internationales et locales en charge de la lutte contre la pandémie.

Concernant la généalogie de la notion de participation, une littérature considérable couvre le champ des usages associés à l'« impératif participatif » qui, après avoir fait l'objet d'un engouement, versant parfois dans l'angélisme, dans les années 1970, souligne depuis l'ambivalence et l'instrumentalisation des dispositifs dédiés à la dite participation. C'est aussi la question même de l'expertise que certains de ces travaux permettent de questionner à nouveaux frais, notamment à travers l'évocation des « forums hybrides » autour de

grands dossiers environnementaux (Callon et al, 2001), ou des politiques de développement (De Sardan, 1995).

La notion de « participation profane » articule ces deux sources à un moment politique d'aspiration à la démocratie participative, via la référence à la « démocratie sanitaire », et au savoir des malades et droit des usagers du système de santé que la loi de mars 2002 en France, est venue consacrer.

Les médiateurs de santé comme figure de la participation des profanes

Via le recours à la professionnalisation de médiateurs de santé, je vais m'attacher maintenant à l'une des expressions contemporaine de la participation des profanes dans le champ de la santé, et présenter quelques constats convergents de travaux ayant porté sur la participation profane et la reconnaissance de l'expérience comme compétence professionnelle, au titre de la proximité des « professionnels d'expériences » avec les publics ou les usagers « ciblés » par les dispositifs promouvant l'insertion de tels acteurs. En dehors de travaux sur les « professions inachevées dans le champ de la prévention de la prostitution (Mathieu) de quelques thèses en anthropologie de la santé (Bureau, Sow) et rapports de recherche ou d'évaluation, ces « nouveaux acteurs » dont l'insertion dans les dispositifs de santé interroge les formes, contours et effets d'un « nouveau métier », mais aussi le fonctionnement « ordinaire » de ces services, ont pour l'instant peu fait l'objet d'investigations scientifiques. Mais l'intérêt de la recherche se développe de manière concomitante à celles de ces programmes visant à former des médiateurs ou des pairs aidants, notamment dans le champ de la santé mentale. Un ensemble d'enjeux convergents scandent ces travaux au-delà de leur diversité : la tension entre relais et médiation, la dépendance et la précarité qui caractérisent leur condition,

l'inconfort de la posture d'entre-deux qu'implique l'exercice de l'interface entre « publics », « usagers » et « professionnels ».

Relais ou médiation ?

Dans un article consacré aux médiatrices socio-culturelles, Catherine Delcroix distingue deux « types idéaux », ou deux formes de médiation. D'une part, puisqu'à l'origine des activités de médiation sociale, il y a toujours un « problème » qu'il s'agit de résoudre, la forme « relais » apparaît comme une réponse aux dysfonctionnements suscités par la difficulté d'une institution à répondre aux « *demandes spécifiques de populations fragilisées et diverses* » (Delcroix, 2004 : 10). Dans la forme « relais », le rôle imparti aux médiatrices est alors limité à celui d'intermédiaire entre les usagers et les agents institutionnels, d'où le caractère instrumental que peut avoir la fonction. A contrario, la forme « critique » suppose de créer ou recréer des liens, et donc de proposer de « *nouvelles formes de régulation sociale et de dialogue* », débouchant sur une remise en question des institutions, et interrogeant la norme.

Dans le champ de la santé, ceci est illustré à propos des groupes d'usagers de substances psychoactives à Marseille par Gwenola Le Naour qui constate combien les « ex-usagers » disposent d'un espace de reconnaissance dans le domaine de la prévention, dont ils ne disposent pas dans le domaine de l'organisation des soins. Ainsi, c'est la fonction « relais » de messages de prévention qui paraît plus facilement légitime, tandis que l'action critique, ou la participation à la décision en termes d'organisation des soins est confrontée à plus de résistances.

Un programme expérimental de formation de « médiateurs de santé » initié à la fin des années 1990 s'est également vu confronté à un recours à la médiation sous l'angle d'une instrumentalisation comme « relais » bien plus que sous forme d'une

La « participation profane » et son usage dans le champ de la médiation socio-sanitaire (suite)



interpellation critique (Ayouba et Musso, 2006). C'est d'ailleurs ce que certains analystes des emplois de médiateurs sociaux qualifient de formes d'« indigénat » du point de vue du recours institutionnel à ce type de salariés en emplois aidés, « jeunes des quartiers » se retrouvant confinés dans un secteur professionnel sans perspectives d'évolution ou de reconnaissance (AFA, 2007).

Ces remarques rejoignent les questions posées par la sociologie du care sur l'« institutionnalisation » du care arrimée à ce type de professionnalisation d'attitudes et de pratiques de sollicitudes qui, dès lors qu'elles intègrent un espace institutionnel où elles sont tendues vers un but et une grammaire éloignés de l'éthique critique qui les a vu naître, perdent leurs dimensions critiques (Pataronni, 2005).

La dépendance et la précarité qui caractérisent leur condition

Dans l'ensemble des initiatives investiguées, c'est la précarité des conditions d'insertion professionnelle de ces acteurs qui est rituellement soulignée. Lorsque leur poste est créé dans le cadre de « programmes » spécifiques, expérimentaux ou pas, il est susceptible de disparaître en même temps que ces derniers. Ainsi, outre le flou qui entoure la qualification de leur mandat professionnel, la précarité des statuts et contrats contribuent à fragiliser

les personnes et peut être un déterminant de l'impossibilité d'accéder à la « fonction critique » évoquée ci-dessus.

À une autre échelle cependant, il est remarquable que ce type de poste soit paradoxalement une voie d'insertion professionnelle dans une trajectoire marquée par l'exclusion ou la discrimination vis-à-vis de la sphère de l'accès au travail. Ce type de poste apparaît ainsi parfois comme l'unique opportunité d'insertion où d'accès au bien rare qu'est le travail salarié dans certains mondes, contextes et trajectoires de vie. Faire profession de son stigmate ou d'une forme d'altérité, est parfois la seule manière d'entrer dans le monde professionnel, là où le monde « ordinaire » implique de le cacher ou de risquer d'en subir les désavantages. D'où l'ambivalence de la « vocation » qui, pour n'être évidemment pas restreinte à ce type de profession, peut se vivre sous différentes formes. Celles-ci s'inscrivent sur un continuum allant de la « maladie élection » forgeant la conviction d'une expérience et d'un savoir à transmettre, à la « maladie métier » en passant par les postures d'avocat ou de porte-parole du collectif d'appartenance (Musso, 2005).

Quoi qu'il en soit, en l'absence de reconnaissance formalisée d'une nouvelle « profession », les personnes salariées au titre de « médiateurs » vivent fort logiquement une grande dépendance aux institutions ou associations auxquelles ils sont rattachés, car leur expérience professionnelle s'inscrit dans un cadre qui peut être difficile à « substituer » par d'autres fonctions dans un autre secteur d'activité.

L'inconfort de la posture d'entre-deux qu'implique l'exercice de l'interface entre « publics », « usagers » et « professionnels »

La posture même de médiation se caractérise par les difficultés inhérentes à l'exercice d'une fonction de tiers. Lorsque le médiateur occupe son poste en vertu de compétences reconnues du fait de la traversée d'une expérience de vie

ou d'une pathologie, l'empathie et la compréhension qui sont les siennes de situations rencontrées dans le cadre professionnel peuvent avoir un « effet miroir » et le renvoyer sans arrêt à des épisodes ou une expérience douloureuse.

Une tension est aussi souvent rapportée, entre l'ambition d'être inséré dans une équipe comme « professionnel », et le recours marqué des autres professionnels à des compétences reliées à une identité sociale d'« ex », faisant du médiateur l'éternel « ex », un professionnel « pas tout à fait comme les autres ».

L'intervention de médiateurs a aussi pour conséquence la mise en lumière de frontières de légitimité avec d'autres professionnels, pour qui l'insertion d'acteurs en vertu de leur expérience est perçue comme une absence de reconnaissance de leur expertise professionnelle propre, arrimée à la possession d'un diplôme (Eva-lua, 2006, Sarradon et al).

D'où l'enjeu crucial, de la formation de ces médiateurs et de la reconnaissance de leurs compétences, qui a d'ailleurs entraîné l'émergence d'un « marché » de la formation de ces nouveaux acteurs. Mais comme y invite l'ensemble des constats qui viennent d'être rapportés, il apparaît assurément qu'un enjeu cardinal soit celui du « milieu » d'insertion, et des professionnels avec lesquels sont en interaction ces « nouveaux acteurs », dont la formation est très rarement pensée ou remise en question.

En somme, à l'instar d'autres termes qui constituent le lexique contemporain des stratégies de santé publique, tels l'« empowerment », celui de « médiateur » charrie les contradictions inhérentes à ce que son histoire sociale porte : apparu dans le contexte de luttes, il se transforme en nouvel « outil » de politiques publiques et institutionnelles et vise, par décret, à rétribuer la participation de professionnels d'expérience recrutés par et pour les institutions dont ils doivent promouvoir, non plus la refondation, mais la « bonne marche ». ■

Mobilisation des savoirs issus de l'expérience avec la maladie dans les formations en santé mentale

Tim Greacen,

Docteur en psychologie, Directeur du laboratoire de recherche de l'Établissement public de santé Maison Blanche - Paris

Emmanuelle Jouet,

Docteur en sciences de l'éducation, Chercheur au Laboratoire de psychiatrie sociale de l'EPS Maison Blanche

Un fondamental de l'approche du rétablissement en psychiatrie est la participation de la personne vivant avec un trouble psychique au système de soins qui s'en occupe. Cette implication s'entend historiquement de la prise de parole et du témoignage de l'usager des services psychiatriques pour s'étendre aujourd'hui à l'embauche de travailleurs pairs dans les lieux de soins à l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins à la représentation des usagers, ainsi qu'à leur participation à la recherche en santé et à la formation de l'ensemble des acteurs en psychiatrie.

Cette évolution est en cours dans l'ensemble des pays occidentaux, où, depuis une vingtaine d'années, les pouvoirs publics tendent à institutionnaliser cette participation, notamment dans des programmes de formation expérimentaux ou bien pérennes. Les plus notables sont les formations des *peer workers* américains du *Georgia Certified Peer Specialist Project*¹, adapté par l'Association québécoise de réadaptation psychosociale avec le programme des Pairs-Aidants Réseau², ou bien les programmes participatifs du *National Empowerment Center*³ ou encore le programme WRAP (*Wellness and Recovery Action Plan*) du Copeland Center for Wellness and Recovery en Angleterre⁴.

Les acquis de l'expérience issus de la vie avec la maladie apportent la légitimité à cette implication des usagers dans l'ensemble de ces programmes de formation à l'attention des usagers, proches et des professionnels. Si éprouver les symptômes de la maladie dans son corps et dans son psychisme, ainsi que ses effets dans sa vie personnelle et sociale est la base méthodologique de

cette approche participative, ce n'est cependant pas suffisant en soi pour que cette expérience se transforme en savoirs, voire en compétences mobilisables dans les différents terrains du système de santé.

Selon Bézille (2003,) une expérience vécue se différencie par le fait que cette dernière soit organisée au plan didactique, ou formative c'est-à-dire autocontrôlée ou encore, construite c'est-à-dire distanciée. Cette expérience réfléchie transforme l'expérience en valorisant l'élaboration du sens, la dynamique de transformation identitaire et les savoirs expérientiels, désignés par Pineau comme un « savoir local d'usage » ou par Toupin comme des « savoirs pragmatiques partagés au sein de la communauté d'appartenance sensible au contexte local ». Kolb a dans ce sens établi un modèle d'apprentissage expérientiel qui montre les différentes étapes de transformation de l'expérience en savoir. Dans les champs des maladies chroniques, ces savoirs se retrouvent sous le vocable d'*expert par l'expérience* (*expert by experience*) possédant une *expertise expérientielle* (Borkman, 1976 ; Akrich et Rabeharisoa, 2012).

Ainsi l'enjeu des formations

participatives est de permettre aux usagers de prendre cette distance nécessaire et de transformer leur parcours d'expériences singulières en savoirs et compétences. Ces savoirs se veulent complémentaires des savoirs académiques et professionnels mobilisés par les soignants dans leurs activités de soins et d'accompagnement.

Ces approches sont à la base de programmes de formation tels que ceux du projet européen EMILIA⁶, qui visait à faciliter l'accès à l'éducation tout au long de la vie et à l'emploi des usagers des services psychiatriques. EMILIA s'est attaché à former des usagers des services psychiatriques dans huit pays européens⁷ afin qu'ils reconnaissent les savoirs propres qu'ils ont acquis tout au long de leur vie et qu'ils les mobilisent dans différentes activités.

Sept principes ont guidé l'ingénierie de formation du projet, qui s'est déroulé sur les huit sites :

- l'apprentissage suit une approche formelle : les usagers participent à de courtes sessions d'une à quatre heures par jour sur un nombre prédéterminé de jours ;
- l'approche interactive est privilégiée même si des sessions magistrales sont des options possibles pour aborder certains types de savoirs ;
- la pédagogie par projet⁸ constitue le socle commun

1 - <http://www.gacps.org/>

2 - <http://aqrp-sm.org/pairs-aidants-reseau/>

3 - <http://www.power2u.org/>

4 - <http://copelandcenter.com/>

5 - Pour l'ensemble de ces définitions se référer à Courtois, B. ; Pineau, G. et al., (1991). *La formation expérientielle des adultes*, La Documentation Française

6 - Voir Greacen, T. et Jouet, E. (2012). *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie*, Toulouse : Eres

7 - Angleterre, Bosnie, Danemark, Espagne, France, Grèce Norvège, Pologne.



Mobilisation des savoirs issus de l'expérience avec la maladie dans les formations en santé mentale (suite)

Bibliographie

Akrich, M et Rabeharisoa, V. (2012). L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de démocratie sanitaire, *Santé publique*, 2012, (24)/1, 69-74

Bézille, H. (2003). *L'autodidacte - Entre pratiques et représentations sociales*. Paris: L'Harmattan.

Borkman, T. (1976). Experiential knowledge: A new concept for the analysis of self help groups. *The Social Service Review*, 50(3), 445-456.

8 - Boutinet, J.P. (2010). *Grammaire des conduites à projet*, Paris, PUF

9 - Jouet, E. Moineville, M. Favriel, S. Leriche, P. Greacen, T. (2013). Impact significatif auprès des conseillers à l'emploi d'une action de sensibilisation à la santé mentale et de déstigmatisation incluant des usagers formateurs, *L'Encéphale*, (accepté pour publication).

10 - Michel, A. (sous la dir. de). (2009). *Ville et santé mentale. Projections, politiques, ressources*, Editions Le Manuscrit, coll « Recherche et Université » Paris

avec chaque usager qui conduit son projet personnel et professionnel ;

- l'éducation par les pairs se basant sur les acquis de l'expérience est valorisée ;

- la formation est co-construite avec les usagers, avec la participation d'usagers formateurs à la conception des objectifs pédagogiques globaux et à la formalisation des contenus ;

- l'évaluation de la progression des usagers par rapport aux objectifs donnés et permettant de réajuster les objectifs, méthodes et outils selon les expériences et les avis de chacun.
- les méthodes et contenu sont adaptés au contexte local.

Ainsi un ensemble de formations visant à améliorer la connaissance de la maladie, de ses effets et du « vivre avec » a été mis en œuvre non seulement auprès des usagers, mais également auprès des proches ainsi qu'auprès des professionnels. A Paris, la liste des formations réalisées au cours de la recherche-action EMILIA incluent des sujets aussi variés que *Gérer son parcours professionnel, Se rétablir, Soutenir un proche, Activer son réseau de soutien social, Prévention du suicide, Concordance : la gestion autonome du traitement, Discrimination en psychiatrie, Devenir témoin expert des services de santé mentale ...*

De façon originale, des formations hybrides co-construites avec les usagers, ont été conduites sur le site parisien. Les bénéficiaires pouvaient être à la fois usagers et proches ou bien usagers et soignants. L'intérêt d'une telle approche pédagogique est de travailler des notions, telles que la prévention du suicide, l'observance du traitement, de façon à rendre la relation soignant/soigné plus symétrique, et à développer une culture commune sur le sujet abordé. De plus, les usagers ont été encouragés à élaborer



et à animer des formations à l'attention des conseillers de Missions locales et autres chargés du handicap de grandes entreprises et d'universités sur la maladie, ses causes, ses traitements et ses implications dans le parcours de formation initiale et dans la recherche d'emploi. Ces sensibilisations au handicap psychique étaient ainsi co-animées par un psychiatre et par deux usagers témoins, valorisant et légitimant la parole, l'expérience et le vécu de l'usager⁹.

Les usagers du projet EMILIA ont également participé en tant que co-chercheurs à l'intégralité d'un processus de recherche en santé mentale : de la formation à des outils d'enquête (questionnaires, entretiens, enquêtes exploratoires...) à la communication dans des séminaires scientifiques ou des conférences. C'est par exemple le cas d'une recherche sur « Usage de la ville et troubles psychiques » réalisée entre les usagers co-chercheurs et le groupe de sociologues,

historiens et géographes issus du Collectif « Ville et Santé mentale »¹⁰.

Un des facteurs de succès de cette participation citoyenne réelle dans les formations a consisté ici à non seulement former les usagers mais, surtout à éduquer les professionnels de la santé aux principes du rétablissement, et à travailler à leur reconnaissance du savoir issu de l'expérience de la maladie que détient chaque personne vivant avec la maladie et qui permet à tous d'être dans une posture permanente de co-apprentissage. Pour ce faire, il est nécessaire que des usagers formés, en situation de rétablissement, participent dès le départ à tous les programmes de formation comme à toutes les interventions d'inclusion sociale menée par les services psychiatriques et qu'une méthodologie transparente et collective soit suivie jusqu'à la communication sur les effets de ces actions. ■

Interview de Jean-Marc Legagneux

Jean-Marc Legagneux,
Travailleur pair et usager-chercheur, coordinateur de Nomades Célestes, Marseille

Du Gaf¹ de Toulouse aux Nomades Célestes de Marseille, Jean-Marc Legagneux est un travailleur pair ou encore « usager-chercheur ». Accepter de donner un espace de liberté à l'autre, brouiller les lignes et mélanger les genres semblent les prémices nécessaires au réel travail commun entre usagers et professionnels. Ce qui ne va pas de soi avec les professionnels du social ou de la psychiatrie pour qui les fonctions et missions s'inscrivent dans un cadre très formel. Jean-Marc Legagneux l'explique à Nicolas Chambon et Gwen Le Goff lors d'une rencontre à Marseille le mercredi 28 août 2013 à la terrasse d'un café.

1 - Groupe d'Amitié Fraternité né à Toulouse sous la forme d'une structure d'accueil autogérée pour et par les SDF en 1995, le GAF est une association qui a développé au fil des années, en partenariat avec les associations et les institutions publiques, des interventions innovantes et adaptées d'aide aux personnes à la rue, notamment en matière d'habitat.

Qu'est-ce qu'apporte un usager-chercheur ?

Il apporte la connaissance par le vécu. Ce n'est pas une science exacte, ce n'est pas parce qu'on a vécu à la rue ou qu'on est malade qu'on est plus fort ou plus expert que les autres. Dans le champ de l'action, c'est une plus-value parce qu'à partir du moment où les autres vous reconnaissent comme étant un usager, quelqu'un de la rue, automatiquement la relation de confiance est différente. Être marginal c'est sexy, être malade mental pas vraiment, ça fait très peu de temps que j'assume que je suis psy.

Pourquoi vous dites que vous êtes considéré comme des « sous-travailleurs » ?

Parce qu'on a de l'expérience sans avoir obligatoirement le cursus. Ce qui s'est passé par exemple dans la réduction des risques : on a pris des gens qui étaient des usagers et on en a fait -pour ceux qui sont restés- des travailleurs sociaux, c'est-à-dire ceux qui sont rentrés dans le cadre, la plupart des autres se sont crashés. Ils

sont rentrés dans le moule de l'éducateur. Là, l'idée c'est de reconnaître, chez le travailleur pair une vraie compétence, une véritable expertise, un véritable savoir-faire que l'on acquiert pas par les études. C'est la proximité, le fait que les gens nous reconnaissent comme étant leur égal, le fait que vous partagiez des codes communs. Dans la rue par exemple, il y a des codes. Si vous êtes de la rue, vous les connaissez. C'est une compétence. C'est un métier, c'est un travail. Après il est différent. On va dire qu'il y a un cursus de vie, mais qu'avoir été à la rue, cela ne suffit pas.

Quelles sont les compétences du travailleur pair justement ?

Accepter de brouiller ces lignes et mélanger les genres pour pouvoir travailler ensemble. Mais à un moment il faut être super ouvert parce qu'il faut accepter que les gens n'aient pas les mêmes codes et donc accepter que l'autre influence. Cela veut dire que tu dois lui laisser de l'espace et du pouvoir et ça, les médecins, les psys et les soignants généralement ne sont pas habitués à le faire. C'est là qu'il faut accepter de la part des professionnels de franchir des limites. Si tu veux travailler de manière égalitaire il faut que tu leur lâches de ton pouvoir et leur laisser de l'espace en essayant de pas influencer ce que les gens vont en faire. Par exemple la pratique collective c'est vraiment important, même inter-travailleurs pairs.

Et c'est quoi la pratique collective ?

La pratique collective c'est, à un moment donné, d'échanger et de partager ensemble. On est plus fort ensemble que tout seul. L'idée est d'assurer une continuité, et que les gens voient que, même s'ils ne sont pas là automatiquement, les autres le sont. La pratique collective, c'est là même chose

partout : respecter les idées des autres, faire des concessions. Elle est hyper importante pour éviter que les gens soient en permanence soumis à leurs aléas et renvoyés à leurs propres aléas. Dans une pratique collective tu es un peu moins exposé, le collectif protège.

Dans un hôpital, comment peut-on faire une place aux usagers ?

Par exemple là tu peux pratiquer quelque chose de responsabilisant, justement en créant l'espace pour que ce soit les gens eux-mêmes qui décident et qu'ils se mettent à un moment donné eux-mêmes à gérer leurs sorties, leurs propres budgets. Là, on a par exemple un Groupe d'Entraide Mutuelle (Gem). L'arrêté concernant les Gem, qui date de 2011, précise qu'ils sont parrainés par une association qui sert un peu de cocon ; elle reçoit la subvention, elle salarie les animateurs et elle met les moyens à disposition. Mais ce sont les adhérents du Gem qui doivent décider de l'affectation et non pas l'association. Les professionnels ne comprennent pas pourquoi, alors qu'il existe des outils, les gens ne prennent pas part à l'action. C'est la question de la transparence et de l'accès à l'information qui est ici centrale. Et l'information, c'est le pouvoir. Si tu veux que les gens à un moment donné se mettent à influencer ou se mettent à agir, il faut qu'ils sachent d'où on parle.

Donc vous ce que vous défendez c'est que, pour pouvoir le faire, il faut des usagers, des pairs, des gens qui connaissent ?

Oui, mais ça on peut le faire au niveau des professionnels, il n'y a pas obligatoirement besoin de travailleurs pairs, les professionnels peuvent le faire mais c'est accepter de travailler dans l'instabilité parce qu'à un moment donné

Interview de Jean-Marc Legagneux (suite)

l'autre a du pouvoir et tu ne sais jamais ce qu'il va faire. Avec un psychopathe, tu débarques, tu ne sais pas comment ça va se passer. Mais il faut l'accepter et accepter aussi que l'autre ait du pouvoir ; que s'il ne va pas bien, il ait la place pour en parler. Les professionnels font des conneries et il est important qu'ils puissent le dire sans être dans la toute puissance. L'idée, c'est qu'à un moment donné, il y ait une forme de rapport égalitaire librement acceptée et consentie par les gens.

C'est ça votre souci politique, c'est le souci de l'égalité ?

Oui celui de l'égalité et surtout de la représentation qu'on a des gens. On a toujours eu un traitement misérabiliste des SDF « ces pauvres clochards », « ces naufragés » de Declerck, sauf que la rue ce n'est pas ça. La rue c'est la jungle, les SDF ce sont des as de la survie. Il y a peu de gens qui seraient capables de survivre sauf qu'ils le font. On a d'un côté des gens qui regardent le verre à moitié vide et de l'autre côté on a des gens qui vivent avec le verre à moitié plein. Le dernier des clochards est un as de la survie. Pour les malades à la rue c'est la même chose. On regarde le verre à moitié vide pour justifier l'action sociale. L'action sociale c'est 50 ans d'histoire en France avec tout le christianisme derrière. Mais il faut toujours qu'on justifie notre pratique par le fait que toi tu es un pauvre misérable et je vais t'aider. Mais je ne vais pas te demander ton avis parce que si tu es misérable c'est que peut-être tu en es responsable.

Et ça, on le vit ?

Oui et de plus en plus parce que la pauvreté à Marseille, ça devient explosif, une pauvreté à laquelle les gens s'adaptent. On est toujours sur des problèmes de représentation. J'ai été à la rue et depuis que je suis tout petit et je fais ce que je fais, donc je suis bien secoué quand même. À un moment donné on peut faire

quelque chose, intervenir dans la société, on peut participer à cette société, qu'on soit là, qu'on soit à la rue, qu'on soit homosexuel ou autre. Mais souvent on a besoin de justifier un moment donné de la faiblesse de l'autre pour pouvoir l'aider. C'est un angle d'approche.

Quelle est l'articulation entre les compétences d'un travailleur pair avec un travailleur social ?

L'articulation avec le travail social est difficile parce qu'on se retrouve avec des cursus qui ont peu évolué. Quand les étudiants se retrouvent avec d'autres usagers de la rue, c'est le choc. Les mecs prennent la douche et généralement ils sont ravis. Après, quand je vois les lois sur la participation... On a des supers textes en France, mais au niveau de l'application...

Et ça vient de quoi ?

Ce sont des gens qui pensent d'en haut et font redescendre les choses sauf que ça redescend plus ou moins et que les gens font ce qu'ils veulent avec parce qu'il n'y a pas de suivi. C'est toujours pareil, c'est l'histoire de la participation. On se retrouve avec des professionnels de la participation. Même moi un peu.

Et comment éviter ?

Venir avec des gars, venir mais accompagné. À un moment donné, il faut prendre des risques. Quand je suis arrivé au Gaf lors des réunions au ministère on a retourné des tables parce que les gens parlaient de nous alors qu'on était dans la salle. Ça valsait. Tu veux donner le pouvoir à l'autre, et bien donne lui. Après tu regardes ce qu'il en fait. Mais la meilleure façon c'est d'accepter de perdre le contrôle et de lui faire confiance. Accepter ces facteurs de risque, c'est d'autant plus acceptable que tu as mis des choses en place pour responsabiliser les gens. C'est pas parce que tu as envie d'aider les autres que tu les aides complètement.

A un moment, vous avez parlé de « bon représentant ». Est-ce qu'il faut accepter par moment qu'il y ait des mauvais représentants ?

La représentativité si elle est construite vient du terrain, vient des gens eux-mêmes. Quand ce n'est pas travaillé, c'est les professionnels qui vont identifier celui qui parle bien. Sauf que celui qui parle bien n'est pas obligatoirement le plus crédible. Ce ne sont pas les professionnels qui doivent décider pour les gens. Il y a les bons pauvres, avec qui c'est facile, dans les foyers par exemple ils sont très policés, ils font ce que tu dis, mais ça c'est rare. Et plus tu t'écartes de la norme, plus tu vas avoir des difficultés, dans la prise de contact, dans la confiance. Donc à un moment tout le monde teste tout le monde... La question c'est : dans quelle posture un professionnel peut-il se mettre pour travailler avec des gens avec lesquels normalement personne ne travaille ?

Il faut partir de l'idée que les gens sont capables. La finalité, c'est que les gens décident pour leur propre vie. Comment, par exemple un malade peut intervenir sur sa médication ? Quel pouvoir il a sur sa médication ? et qui lui donne ? Par un individu, sachant que les individus ne sont pas tous les mêmes. On est toujours dans le royaume de l'arbitraire. Tu tombes sur un mec bien, ça va... Tu tombes sur un con, ton chemin ne va absolument pas être le même. Ce système là ne peut pas dépendre des individus.

Le mot de la fin, ça serait de prendre des risques pour les professionnels ?

On a parlé des pratiques informelles ? On en a parlé là ?

... Dites nous...

Je vois ça par rapport à mon champ d'activité, côté rue, c'est les risques que tu prends dans tes modes d'interventions pour accéder à un certains nombre de personnes inaccessibles... ■

Travail sur Soi et (dé)régulation de l'intervention sociale

Didier Vrancken,

Docteur à l'Institut d'Études politiques de Paris, Professeur de Sociologie à l'Université de Liège

Rachel Brahy,

Doctorante en sciences politiques et sociales à l'Institut des sciences humaines et sociales de l'Université de Liège

Pourquoi parler de « travail sur Soi » dans des univers tels que ceux de l'accompagnement des personnes handicapées, des hôpitaux, des soins à domicile, des prisons, des dispositifs d'insertion socio-professionnelle ou encore de santé mentale ? Bref, au sein d'univers où les usagers/bénéficiaires n'ont, en principe, pas pour mission de produire un travail mais sont plutôt en droit d'attendre un service, une aide, une prestation ? Quel « travail » réaliseraient, entre autres, les malades en milieu hospitalier, appelés « patients » ? Et, qu'en est-il des personnes âgées précisément situées en dehors du rapport au travail, des personnes handicapées reconnues inaptes, des chômeurs exclus du marché de l'emploi, des prisonniers coupés du reste du monde ?

Il faut se rappeler, face à ces questions, que l'idée même d'un « travail » produit par les publics d'usagers des services n'est en rien une idée neuve. Nombre de travaux sociologiques nord-américains ont montré, de longue date, que les usagers des services accomplissaient des tâches très concrètes sans lesquelles le travail ne serait jamais mené à bien par les professionnels. Dans une toute autre perspective théorique, les analyses de Michel Foucault illustrent combien, même en prison ou en asile psychiatrique, le sujet doit réaliser un véritable travail pour se discipliner et se conformer aux attentes tatillonnes du pouvoir. Enfin, s'agissant du travail sur Soi, produit par les personnes, on rappellera que travailler sur Soi, pour se produire en tant qu'individu en se souciant de soi mais aussi de l'autre, possède également une longue histoire, qui démarre bien en amont de la modernité. Au fond, ces différentes analyses se rejoignent sur un point :

on ne peut vraiment envisager d'effectivité du travail professionnel sans prendre en compte tout un travail informel, parfois dérisoire, parfois de l'ombre, mené par des travailleurs dans les entreprises, voire par des individus – usagers ou patients – pour tenter d'influencer leur sort. Travail, certes, bien présent, mais après tout, assez peu visible et peu reconnu au sein de pays européens édifiés autour du rapport salarial, de la négociation sociale, de la primauté des structures organisationnelles et des protections sociales.

La notion de travail, ainsi comprise, contribuerait dès lors au brouillage des repères classiques entre travail et non-travail, entre formel et informel. Désormais, nous percevons nos sociétés comme de véritables sociétés du travail sur Soi, où s'effectue un travail incessant accompli par les personnes sur elles-mêmes pour se produire en tant que sujets actifs et responsables. Suivant cette perspective, le « travail sur Soi » ne serait alors plus une hypothèse incongrue. Mais insistons sur une idée : ce travail ne s'effectue pas seul.

L'individu serait dorénavant accompagné par de plus en plus de dispositifs destinés à l'aider dans le plein déploiement de lui-même. De multiples déclinaisons, synonymes de « travailler sur soi », peuvent être identifiées : travailler son employabilité pour éviter le piège du chômage, apprendre à apprendre pour parer à l'échec scolaire, se médicaliser ou s'éduquer à la santé pour éviter la maladie, entreprendre une seconde carrière pour répondre aux formes de retrait social entraînées par la mise à la retraite, se sensibiliser au droit et être à même d'en suivre les procédures, se former de manière continue, s'activer, s'insérer, développer du projet, etc. Tout un univers de l'intervention professionnelle se déploie sous forme d'une bienveillance apparente

destinée à accompagner les individus dans la maîtrise de leur destin, à attiser leur vigilance face aux dangers et à les rendre aptes à se mouvoir, à trouver des réponses aux problèmes posés.

Cet univers de l'intermédiation repose sur des connaissances, des mots, des objets, des dispositifs d'engagement et de jugement, pour assurer la régulation des informations et des interactions de la collectivité. Ce serait là, après tout, une nouvelle manière de tenter de « produire du social » en créant du réseau, du lien pour « faire faire » et multiplier les formes d'existence derrière tout un chapelet de ces néologismes que sont l'« activation », l'« employabilité », le « *long life learning* », la « seconde carrière », la « psychologisation », l'« éducation à la santé », la « médicalisation », l'« écologisation », etc. Ainsi, cette nouvelle dynamique de régulation sociale s'appuie largement sur la diffusion de dispositifs, d'instruments, de techniques, de procédures et d'interventions professionnelles prenant peu à peu la place de l'interventionnisme traditionnel et volontariste du Souverain, de l'État.

En particulier, la volonté est aujourd'hui d'intervenir au plus près des personnes, de se « rapprocher » (Astier, 2007) des individus les plus fragiles pour élaborer avec eux des solutions à leurs problèmes. L'enjeu serait alors de mettre les usagers des dispositifs à l'épreuve d'eux-mêmes, de les aider à mettre des mots derrière la douleur ou encore à relire les situations vécues. C'est sans doute là, dans la mise sur pied de services, de dispositifs, de réseaux, que se dessinent les traits d'une nouvelle attention publique toute gagnée aux bienfaits de l'écoute et de la sollicitude. Attention épaulée par des savoirs, savoirs qui, à leur tour, induisent de nouvelles normativités, dont peut-être la croyance dans les vertus de l'informel. En effet,

Travail sur Soi et (dé)régulation de l'intervention sociale (suite)

Bibliographie

Astier I., 2007, *Les nouvelles règles du social*, Paris, PUF.

Genard J.-L., 2009, « Une réflexion sur l'anthropologie de la fragilité, de la vulnérabilité et de la souffrance », dans Périlleux T., Cultiaux J. (dir.), *Destins politiques de la souffrance. Intervention sociale, justice, travail*, Paris, Erès, « Sociologie clinique », 2009, pp. 27-45.

Giuliani F., 2008 « Le 'Chuchotement' de la relation d'accompagnement. La gestion confinée des désordres du social » in Payet J.-P., Giuliani F., Laforge D., *La voix des acteurs faibles. De l'indignité à la reconnaissance*, Presses Universitaires de Rennes, pp. 195-214.

Vrancken D., Macquet Cl., 2012, « Du travail sur soi au gouvernement de soi », *Informations sociales*, 169, pp. 76-79.

Vrancken D., Macquet Cl., 2006, *Le travail sur Soi. Vers une psychologisation de la société ?*, Paris, Belin.

l'espace de l'informel ne se donnerait-il pas comme un espace *a priori* pertinent pour une véritable prise en compte des singularités ? Quand les parcours individuels se dessinent à pas hésitants, que les réalités particulières débordent des catégories, ne convient-il pas, pour « accompagner » les personnes, d'inventer, de créer avec elles, aux marges du protocole ? À suivre Frédérique Giuliani (2008), les « chuchotements » constituent aujourd'hui une partition importante de l'accompagnement. L'auteur constate que, professionnels et usagers, aujourd'hui « bricolent » souvent, et ensemble, des solutions en dehors des chemins officiels et parfois dans une logique de résistance.

Plus fondamentalement, la pratique de l'accompagnement se présenterait, de plus en plus souvent, « comme une activité rebelle à toute forme de catégorisation, une activité éclatée, diluée, processuelle et évolutive » (Giuliani, 2008 : 212). En ce sens, les dispositifs d'accompagnement apparaîtraient plus comme des promesses que comme la garantie absolue d'une réalisation effective. Ils reposent ainsi sur un pari permanent : celui suivant lequel leur force performative finira bien par entraîner une réponse, un dépassement quand ceux-ci n'apparaissent encore que comme simples

potentialités. L'expérience de la perte d'emploi, de l'échec scolaire, de la maladie, de la vieillesse, de la séparation ne serait alors plus à comprendre comme coupure nette et radicale appelant, pour s'en sortir, un basculement, un changement d'état. En cela, on peut comprendre que les dispositifs ne garantissent en rien, au terme de leur suivi, le retour à l'emploi, à la réussite scolaire, à la santé, à la jeunesse ou à celle du conjoint au domicile. Les frontières entre un monde intérieur et un monde extérieur apparaissent littéralement suspendues, toujours recomposables, offrant une articulation probable plutôt qu'une disjonction claire.

À suivre Jean-Louis Genard (2009), tout un pari anthropologique se jouerait là, sur la nature même d'individus que l'on postule à la fois fragiles et vulnérables mais néanmoins autonomes et responsables, jamais sans ressources. Des individus capables de s'en sortir et de voir la vie se rejouer, là où elle est apparue comme prise à défaut (au travail, à l'école, en couple, en famille, etc.) mais fondamentalement réversible. En miroir, les professionnels eux-aussi sont supposés aptes à produire les mots qui conviennent, les gestes qui apaisent. Cela, sans qu'un cadre formel ou réglementaire ne vienne nécessairement encadrer l'exercice de ces actes professionnels, qu'il leur faut

sans cesse réinventer, réajuster aux situations et aux individus auxquels ils sont confrontés.

Dorénavant les sujets seraient de plus en plus tenus de s'ajuster les uns aux autres en fonction des recompositions proposées par la pratique même du travail sur Soi, un travail brouillant les séparations, les disjonctions et les frontières traditionnelles héritées de la modernité : frontières entre formel et informel, entre protections sociales étatiques et informalités, entre travail et non-travail, entre assurance sociale universaliste et aide sociale particulariste, entre... normal et pathologique. Or, si un pari normatif est établi quant à la capacité des individus à s'autonomiser, à se mobiliser et à s'en sortir, force est de constater que les effets de ces politiques demeurent encore largement discutables. D'abord, l'expérience montre que tous ne s'en sortent pas. Ensuite, il n'est pas certain que ces politiques parviennent à leurs fins, si elles ne continuent pas à offrir et à garantir des droits sociaux à visée universaliste en matières de santé, de formation, d'emploi, de retraite, de logement, de culture, de vie familiale et aussi de citoyenneté. Des droits sociaux à concevoir, en somme, en tant que socles d'une citoyenneté sociale destinée à l'ensemble de la population. ■



Trois temps déterminants avec les enfants en danger dans la rue

Eric Messens,
Psychologue,
Administrateur-délégué
de Terres Rouges

À Cotonou, au Bénin et à Saint-Louis au Sénégal, l'association Terres Rouges a mis en place un dispositif en mesure d'apporter une aide spécifique aux enfants se retrouvant dans la rue en situation de vulnérabilité. En discussion avec des partenaires locaux qui étaient déjà actifs dans le domaine de la protection de l'enfance, il est apparu que ce dispositif psycho-social était un volet indispensable des soins à proposer aux enfants en danger dans la rue. On peut facilement imaginer que les parcours de vie de ceux-ci et les expériences vécues ne laissent pas que des traces physiques, mais également des souffrances et des traumatismes sur le plan psychique. Faute d'être prises en considération, ces réalités rendent souvent difficiles leur prise en charge globale et la reconstruction de projets de vie avec eux.

relle de l'intervention, transférables notamment dans la prise en charge des migrants.

Au terme de quatre ans d'expérience, les intervenants de Terres Rouges essaient de favoriser un travail qui tient compte de trois temps. Bien qu'une présentation de la sorte soit un peu schématique, en voici la teneur.

Un temps pour reconnaître

Les premiers moments de rencontre avec le jeune venu de la rue relèvent de l'accueil. Un dispositif peu exigeant fera mieux l'affaire. Il laissera d'autant mieux la place pour recevoir l'enfant avec son bagage: son corps tout d'abord, couvert de traces, de cicatrices, présentant des maladies, tout ce qu'on gagne en dormant à l'air libre dans les ordures et les zones de friche, ses objets ensuite, petits bouts de choses volées ou non qui ont permis de tenir au dehors, de se constituer un environnement minimal, enfin ses mots, bribes et amorces de récits qui vont dire par où il est passé.

et d'expériences en tous genres qu'ils auront accumulé lorsqu'on les rencontrera cinq ou dix ans plus tard. Ils sont quelques fois devenus de véritables petits guerriers, à tout le moins des résistants ou des survivants de la rue. Il faut s'intéresser à leurs prouesses, demander comment ils ont fait pour tenir, savoir saluer le courage et noter les souffrances subies. Le maillage relationnel avec l'intervenant adulte débute sur ces premiers points d'appui. Ils vont dessiner progressivement les contours d'une nouvelle sécurité propice à laisser l'enfant revenir dans des liens de confiance depuis longtemps rompus avec la communauté des hommes.

Un temps sans trop d'intentions

Les idéaux éducatifs et thérapeutiques des institutions peuvent être envahissants, même et surtout lorsqu'ils sont bien intentionnés. Bien entendu, les progrès de l'enfant sont un encouragement pour les équipes qui y voient la promesse d'autres succès à venir. On attend de lui qu'il se conforme aux valeurs inculquées, qu'il récompense les efforts des éducateurs et progresse en ligne continue sur le chemin de l'apprentissage et de l'autonomie. Le psychanalyste Patrick Declercq a bien décrit cette situation dans son livre « Les Naufragés ». Rien n'est moins supportable qu'une vie dans les marges et dans les fosses de la cité. On peut comprendre que les vécus et les émotions des travailleurs de rue soient ébranlés au contact de la grande exclusion. Confrontés tous les jours aux sans-abris, les intervenants sociaux ne ménagent pas leurs efforts. Chaque évolution de la personne assistée les motive à espérer un peu plus, à vouloir l'étape de réinsertion suivante, à vouloir trop...

Que dire lorsque les enfants de Cotonou mettent ce beau dynamisme en échec ? Le passage des jeunes dans les institutions est émaillé de vols, de prédateurs,



C'est à cette entreprise que les responsables de l'association ont décidé de se consacrer en mettant en place des équipes mobiles de psychologues. Nous faisons le pari que les acquis de cette entreprise sont, au moins pour la problématique tempo-

La reconnaissance de ce patrimoine d'identité est la première porte par laquelle l'enfant et le travailleur social doivent passer ensemble. On connaît des histoires d'enfants qui ont chuté dans la rue à quatre ou cinq ans, c'est dire le lot d'épreuves

Trois temps déterminants avec les enfants en danger dans la rue (suite)

refus, violences et autres passages à l'acte, également de fugues, de régressions, de comportements de repli, d'apparitions de cauchemars, d'épisodes d'énurésie..., en somme de tout ce qui fait signes pour autant qu'on accepte de les lire et d'engager la parole avec les enfants sur ces événements qui traduisent leur doute et leurs hésitations dans le délicat retour de la survie à la vie. Ménager une place pour les mots à cet endroit se fera d'autant mieux que l'intervenant pourra reculer un peu sur ses intentions propres.

Un temps pour accompagner le futur

Le lien de confiance se tissant au fil du temps, des enfants deviennent des « réguliers ». On les voit souvent, ils reviennent pour de courts moments, puis plus longuement. Leurs passages sont moins furtifs, ils se déposent dans l'institution. Leur installation est

perceptible lorsqu'ils commencent à y laisser des objets comme on laisse chez soi ce dont on n'a pas besoin pour vaquer aux occupations du dehors: des vêtements, quelques possessions précieuses, un peu d'argent à protéger, des objets fétiches...

C'est généralement sur ce fond de sécurité reconstituée que des demandes vont apparaître, « *je voudrais retrouver mon père* », « *où sont mes parents, où est ma famille ?* », « *vont-ils me laisser revenir vivre chez eux ?* », « *je veux quitter la rue, je veux retourner à l'école* », et pour la plupart « *j'aimerais apprendre un métier, mettez-moi en apprentissage professionnel* ».

Ces demandes témoignent d'une capacité retrouvée à se projeter dans l'avenir, ce qui rompt avec la culture de la rue où l'enfant n'a de lui-même qu'une représentation de survie de jour en jour.

Sur cette phase de l'accom-

pagnement, il y a lieu d'être tout aussi prudent, le risque étant d'y mettre tant d'espoir que l'enfant se dérobe avant même de décevoir. S'il le peut, l'accompagnateur social se montrera soutenant et compréhensif, car il y aura des moments d'ascension et d'autres d'abandon. Ces derniers seront à élaborer, à mettre en lien avec d'autres souvenirs de pertes ou de ruptures dans l'histoire de l'enfant, ceux-là mêmes qui ont pu causer son arrivée ou sa chute dans la rue.

Ces trois temporalités, qui sont des positions de travail, structurent l'intervention des différentes équipes de Terres Rouges. Elles contribuent à fonder une éthique sur laquelle s'organise leur approche clinique et sociale des enfants en situation de vulnérabilité. ■

Actualités

Nous avons lu

■ Jeunes en Errance et Addictions

Recherche pour la Direction Générale de la Santé réalisée par François Chobeaux et Marie-Xavière Aubertin CEMEA Juin 2013

Les utilisations de ce terme sont multiples et concernent des populations très diverses. Depuis le début des années 1990, il est question dans les discours professionnels et médiatiques, des jeunes « en errance », « en errance active », en « errance immobile », en « errance territoriale ». On parle également des publics en « errance psychique », en « errance internationale »... La recherche présentée ici a été clairement centrée sur les jeunes dits en « errance active », qui revendiquent leur statut de marginalité en affirmant avoir choisi ce mode de vie dans une démarche de mise en cohérence entre leurs pensées et leurs actes.

Les travaux de ce réseau national « Jeunes en errance » sont beaucoup évoqués et utilisés dans ce rapport de recherche. Il s'agit d'un réseau d'environ 250 structures de terrain qui ont au moins pour partie des jeunes en errance revendiquée dans leur file active.

■ Psychothérapie d'un Indien des Plaines

Georges Devereux, Ed. Fayard, août 2013

Après l'excellent film « Jimmy P » d'Arnaud Desplechin, on peut lire ou relire avec profit l'histoire vraie qui y est relatée : Psychothérapie d'un Indien des Plaines.

Cet ouvrage de Georges Devereux, anthropologue et psychanalyste autant célèbre que méconnu, est le récit et la théorie de la psychanalyse sans divan d'un Indien des Etats-Unis hospitalisé dans un hôpital des vétérans de l'armée américaine. La thérapie repose sur une approche psychanalytique courageuse (à une époque où la psychanalyse a mauvaise presse), intimement mêlée aux caractéristiques de la culture du patient. La relation interhumaine qui s'y déploie manie avec bonheur une proximité distancée.

suite p 32

Nous avons lu (suite)

■ Violences Politiques et traumatisme - Processus d'élaboration et de création

Jean-Luc Brackelaire, Marcela Cornejo et Jean Kinable (dir.), Ed. Academia, Collection INTELLECTION N° 21

Cet ouvrage met en son centre les processus de survie puis d'élaboration psychique chez des personnes et des groupes traumatisés par des violences politiques. Il interroge les articulations (variables en fonction des contextes culturels et sociétaux) de ces processus d'élaboration psychique avec la modélisation des instances juridiques ainsi qu'avec les conditions et les étapes d'une réponse politique et sociale, aux niveaux national et international.

■ Par-delà les silences. Non-dits et ruptures dans les parcours d'immigration

Pascal Jamouille, Ed. La Découverte, octobre 2013

Issu d'une enquête de terrain de deux ans en Seine-Saint-Denis, cet ouvrage donne la parole à des migrants récemment arrivés et à des familles immigrées de longue date. En se racontant, hommes et femmes, jeunes et parents sortent collectivement du silence. Ils relatent le « travail de l'exil », d'épreuve en épreuve, et questionnent les mélanges socioculturels, d'une génération à l'autre, dans les quartiers populaires. Au cœur de leurs vies, les « trous de mémoire » des familles et les « blancs » de l'histoire des migrations se conjuguent aux non-dits actuels de la société française et de son modèle d'intégration...

Agenda

■ Evolution des précarités. Révolution du travail social ?

Journées du travail social de la FNARS les 7 et 8 novembre 2013, à Valence, Parc des expositions, 16 avenue Georges Clémenceau.

Renseignements et inscriptions : 01 48 01 82 12 - sylvia.iannerelli@fnars.org

■ De la différence culturelle à la diversité

Colloque International Santé Mentale et Sociétés Plurielles

Université de Genève, le 14 novembre 2013, et Université de Lausanne le 15 novembre 2013

Inscriptions : www.unige.ch/SMSP2013

■ Prendre soin des personnes victimes de torture exilées en France : un enjeu de santé publique,

6^e Colloque du Centre Primo Levi, les 28 et 29 novembre 2013, au ministère des affaires sociales et de la santé, 14 avenue Duquesne - 75007 Paris

Contact : communication@primolevi - 01 43 14 88 50

■ Orientation du public « migrant précaire » vers le soin en santé mentale

6^e Journée d'étude organisée par le Réseau Samdarra, le 10 décembre 2013 - Saint Etienne, forum du technopôle.

À partir d'une étude portée par le Réseau Samdarra sur la Permanence d'accès aux soins de santé (Pass) du Centre Hospitalier le Vinatier, cette journée propose de mettre en perspective l'orientation en santé mentale du public migrant précaire. Le public de « migrant précaire » (dont la terminologie sera interrogée durant cette journée) cumule les vulnérabilités -psychiques, sociales, administratives- et appelle donc à autant d'aide, de soin, d'accompagnement...

Renseignements : 04 37 91 53 90 ou par mail : Frederique.JAMROZIK@ch-le-vinatier.fr

Programme et formulaire d'inscription en ligne :

https://docs.google.com/forms/d/1z9Oq_er1Nq8kPYRssfXpKrlRXyJTL1y6bHd2CLApju0/viewform

■ Parcours d'ados difficiles

6^e Journée d'étude « Psychiatrie et justice » le 10 décembre 2013 à Lille, de 8h30 à 16h30.

Maison de l'éducation permanente 1, place Georges Lyon.

Renseignements : 03 28 38 51 17 - Site internet : <http://www.epsm-af.fr>

■ Les jeunes

Thème du séminaire annuel des équipes mobiles psychiatrie-précarité. Le Mans (72) du mercredi 22 au vendredi 24 janvier 2014.

Contact : francois.chobeaux@cemea.asso.fr

■ Traiter, Soigner gérer

Colloque « Psychiatrie et Sciences humaines », Faculté de médecine Rockefeller (salle des conférences Herman), le jeudi 30 janvier 2014, de 9h00 à 17h00. Entrée gratuite.

Contact : yannis.gansel@chu-lyon.fr

■ Transmettre

XIV^e rencontres de la C.R.I.E.E des 16 et 17 mai 2014 à Reims, Centre des Congrès.

Renseignements et inscriptions : 03 26 40 01 23 - g.rodriquez@epdm-marne.fr

Nous remercions Camille Frossard, artiste peintre, née en 1988. Dès son plus jeune âge les arts plastiques sont son moyen d'expression privilégié. En 2009 elle obtient une licence en arts plastiques à l'Université d'Aix en Provence. Elle expose et donne des cours d'arts plastiques à Marseille qui a aimablement mis à notre disposition les œuvres illustrant ce dossier de Rhizome. Pour contacter l'artiste, consulter le site internet : cam.wifeo.com/contact.php - Mail : frossard.camille@orange.fr

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 la Cohésion Sociale

Directeur de publication : Christian LAVAL

Assistante de rédaction : Claudine BASSINI

Comité de rédaction :

- Guy ARDIET, psychiatre (St-Cyr-au-Mont-d'Or)
- Etienne CASSET, psychologue (Lyon)
- Nicolas CHAMBON, sociologue (Lyon)
- François CHOBEAUX, sociologue (Paris)
- Valérie COLIN, dr en psychologie (Lyon)
- Jean DALERY, prof. de psychiatrie (Univ. Lyon 1)
- Philippe DAVEZIES, enseignant, chercheur en médecine du travail (Univ. Lyon 1)
- Bernard EL GHOZI, médecin (Réseau Créteil)
- Laurent EL GHOZI, président ESPT (Nanterre)
- Benoît EYRAUD, sociologue (Lyon)
- Carole FAVRE, infirmière (Le Cannel)
- Jean FURTOS, psychiatre (Lyon)
- Carole GERBAUD, responsable associatif (Bourg en Bresse)
- Alain GOUFFES, psychiatre (Rouen)
- Pierre LARCHER, DGCS (Paris)
- Antoine LAZARUS, prof. santé publique (Bobigny)
- Edouard LEAUNE, psychiatre (Lyon)
- Gwen LE GOFF, coordinatrice réseau Samdarra
- Jean-Michel LE MARCHAND, psychiatre (Marseille)
- Eric MESSENS, directeur de la LBFSM
- Jean-Pierre MARTIN, psychiatre (St Anne Paris)
- Alain MERCUEL, psychiatre (St Anne Paris)
- Gladys MONDIÈRE, dr en psychologie (Lille)
- Pierre MORCELLET, psychiatre (Marseille)
- Christian MULLER, psychiatre (Lille)
- Eric PIEL, psychiatre (Paris)
- Bertrand RAVON, sociologue (Lyon)
- Gilles RAYMOND, chargé d'études PJJ (Lille)
- Pauline RHENTER, politologue (Lille)
- Rose-Marie ROYER, USH (Paris)
- Olivier QUEROUIL, conseiller technique fonds CMU (Paris)
- Nicolas VELUT, psychiatre (Toulouse)
- Halima ZEROUJ-VIAL, psychiatre (Lyon)

Contact rédaction :

Frédérique Jamrozik



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
Web : 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 : 9 000 ex.
ISSN 2117-4520
N° CPPAP 0910B05589