

*Rhizome* Bulletin national santé mentale et précarité

# Rhizome

ionnalité **Prendre soin de la professionnalité** Pre



numéro 33 - décembre 2008

# Les Cahiers de Rhizome

## ••• Sommaire

numéros de page

### Dossier

Sur quelques tensions à l'œuvre dans le champ de la santé mentale

4 Christian **Laval**

Les épreuves d'Albert et de Thierry. Dans les creux se font les pleins

11 Béatrice **Deries**

Un psychiatre bien à sa place

16 Paul **Bretecher**

Un style de travail en épreuve permanente

20 Daniela **Cesoni**

Retour sur expérience : l'évolution du travail clinique avec les délinquants sexuels, dans le contexte belge

23 Christine **Kept**

Les artistes-praticiens de l'imaginaire

27 Laurent **Dodivers**, Geoffrey **Ducas**, Sarah **Koudlanski**, Fabienne **Meunjuc**, Loïs **Ramos**, Charlotte **Renck**

Communautés, santé mentale et diversité : l'expérience de Bradford

32 Philip **Thomas**, Patience **Seebohm**, Paul **Henderson**, Carole **Munn-Giddings** et Salma **Yasmeen**

30 ans après la loi 180 en Italie, crise et opportunités pour les professionnels

37 Mario **Colucci**

Confrontation entre professionnels et usagers : vers une modification de la pratique en Italie

41 Angelo **Barbato**

La professionnalité et la menace de disqualification

44 Georges **Gaillard**

Comment traverser les épreuves du travail social

48 Bertrand **Ravon**

L' élu local, un acteur fort de la santé mentale

52 Laurent **El Ghozi**

L'impératif du questionnement éthique dans les nouvelles professionnalités : l'exemple de Barcelone

54 José **Leal Rubio** et Alicia **Roig i Salas**

Un psychiatre et la précarité

58 Jean **Furtos**

Retour en avant : comment transmettre

63 Eric **Messens** et Charles **Burquel**

 **Bibliographie**

67

 **Actualités**

70



Œuvre de V. Champetier

Les œuvres illustrant ce numéro ont été réalisées dans le cadre de l'atelier de peinture/sculpture Marie Laurencin au centre hospitalier de Montfavet.

# Les Cahiers de Rhizome



ONSM-ORSPERE



## RHIZOME

Bulletin national santé mentale et précarité

Téléchargeable sur le site : [www.orspere.fr](http://www.orspere.fr)



**Rhizome** est une revue trimestrielle éditée par l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSM-ORSPERE) avec le soutien de la Direction Générale de l'Action Sociale et de la Direction Générale de la Santé

Directeur de la publication : Jean Furtos

Assistante de rédaction : Claudine Bassini

### Comité de rédaction

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

### Contact rédaction

Claudine Bassini - tél. 04 37 91 54 60

CH Le Vinatier, 95 Bd Pinel 69677 Bron Cedex

Tél. 04 37 91 53 90 - Fax 04 37 91 53 92

E-mail : [orspere@ch-le-vinatier.fr](mailto:orspere@ch-le-vinatier.fr)

Web : [www.orspere.fr](http://www.orspere.fr)

Conception : Crayon Bleu - Tél. 04 72 61 09 99

Impression : Imprimerie Brailly (St Genis-Laval) - Tél. 04 78 86 47 47

Tirage : 11 000 ex - Dépôt légal 2310

ISSN 1622 2032 - CPPAP 0910B05589



## *Les Cahiers de* **Rhizome**

Bâtit les Cahiers de Rhizome dans le cadre des missions de l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité nous est apparu, au fil des années, comme une nécessité. Ces Cahiers accueilleront, une fois l'an, dans un format élargi, une thématique spécifique envisagée selon une approche pluridisciplinaire, autour de recherches effectuées dans le cadre de l'Observatoire. Souhaitant lancer des ponts entre la communauté scientifique et les praticiens, nous continuerons, avec ce nouveau support, d'approfondir la réflexion théorique et pratique sur les liens complexes entre santé mentale et précarité. Chaque Cahier, en continuité avec les trois autres Rhizome annuels, est conçu comme un outil de recherche et de connaissance mais aussi comme une contribution au débat collectif. Il comprend une investigation du contexte social, politique et juridique, des présentations réflexives sur des pratiques cliniques ou sociales dans leur rapport avec les théories de référence dans chacun des champs mais aussi avec la politique et ses enjeux démocratiques. Il s'agit, en construisant un espace critique pensé à partir de la pratique, de permettre au lecteur d'être dans une position de réajustement permanent entre les exigences éthiques et l'évolution des pratiques. Enfin, notre projet éditorial vise à discuter des productions pratiques de santé mentale qui impliquent plus largement la communauté des citoyens.



**ONSMP-ORSPERE**

CH Le Vinatier, 95 Bd Pinel  
69677 Bron Cedex

Tél. **04 37 91 53 90** / Fax 04 37 91 53 92

E-mail : [orspere@ch-le-vinatier.fr](mailto:orspere@ch-le-vinatier.fr)

Web : [www.orspere.fr](http://www.orspere.fr)

## dito édito édito Edito ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■

Les Cahiers de  
RhizomeChristian  
LavalClaude  
Louzoun

La nouvelle gouvernance s'intéresse aux nouveaux métiers de la santé mentale au moment même où elle pointe une démographie médicale en berne. Elle tente de formaliser un redécoupage des qualifications d'origine afin de faire accrediter à des non médicaux des fonctions réservées jusqu'alors aux médecins.

Si cette partition nouvelle concerne particulièrement médecins, infirmiers et psychologues, en fait, la liste des métiers ne cesse de s'allonger depuis un demi-siècle. Le champ professionnel, tel qu'il s'est constitué, arrive à un point critique. La contradiction est structurelle. Tandis que les politiques publiques invitent à une certaine perméabilité des frontières professionnelles, la différenciation de plus en plus segmentée des métiers du soin et du social s'intensifie. Elle est redoublée par une segmentation toujours plus fine des populations. Cette double fragmentation ne facilite ni la visibilité, ni la compréhension de pratiques plurielles et forcément labyrinthiques dans ce contexte : collectifs, partenariat, réseau, territoire, secteurs, programmes : qui fait vraiment quoi ? On perd pied. Sur ce fond de segmentation de fait et d'injonction au Réseau, un sentiment d'altération de sa spécificité (clinique, sociale, éducative, c'est selon) éprouve les professionnels. L'indétermination, et même parfois la confusion des rôles semble être devenue le lot commun de maintes pratiques. Dans le même temps, les cadres d'exercice réglementaire de l'activité se rigidifient. C'est un phénomène repéré au-delà des frontières nationales. Mais dans le contexte français, les fronts de controverses ouverts par cette évolution sont repérables à différents niveaux : nouvelle organisation des services, délégation de responsabilité, requalification des métiers d'origine, reconnaissance de fonctions de thérapeute à de catégories professionnelles nouvelles...

Nous sommes, bien sûr, conscients de l'importance de ces transformations et des enjeux sous-jacents. Mais l'objectif poursuivi dans ces Cahiers part d'un **renversement de point de vue**. Se pencher seulement sur les aspects hétéronomes des professions (statuts, cadres, économie) empêche de voir que la pratique est aussi une aventure. Ce renversement de perspectives, favorisé par le fait que nous avons élargi nos lunettes d'observation à différentes expériences européennes, nous amène à faire un constat en décalage par rapport aux analyses plus orthodoxes. Le fil rouge de ce numéro part de la tension logique du soin et du prendre soin qui est au cœur même du mouvement de *transversalisation* spontanée des pratiques en contexte de santé mentale élargie. En sollicitant les praticiens sur ce qu'ils font déjà et sur le sens qu'ils donnent à leur action, nous avons soumis une compréhension dynamique de deux processus qui seraient idéalement harmonisables : premièrement, comment la psychiatrie se positionne par ses évolutions internes comme par sa manière de répondre aux nouvelles missions qu'on lui rajoute ? Deuxièmement, comment la santé mentale est-elle en train de se faire ici et maintenant ? En ouvrant la boîte des récits biographiques (B. Deries), plusieurs contributeurs de ces Cahiers emploient le terme de **professionnalité**. Cet emploi leur permet principalement de relier le pôle de compétences professionnelles avec celui des ressources personnelles mobilisées.

Qu'est-ce que la traversée d'une expérience dite « marquante » fait faire aux praticiens ? Comment introduit-elle une différence entre une situation initiale et la situation suivante ? Sur quelles nouvelles rives les fait-elle accoster ? En rendant compte d'expériences inaugurales fortes révolutionnant leur parcours, ils constatent le pouvoir de « contamination positive » (D. Cesoni) ; en nous faisant saisir « l'expérience directe » des communautés minoritaires de Bradford dans leur rapport complexe à la santé mentale (P. Thomas et al.) ; ou encore en nous plongeant dans différentes épreuves de décentrement professionnel dans lesquelles ils ont été précipités et qui ne sont source de force qu'à condition qu'elles prennent sens comme question clinique à mettre au... travail (P. Bretecher, C. Kept). Ce retour sur expérience oblige les professionnels du soin mais aussi les artistes associés (L. Dodivers et al.) à tenir une perspective critique, à réinscrire le sens des pratiques entre psychiatrie et santé mentale dans l'histoire des sociétés et des cultures (M. Colucci, A. Barbato).

Face aux foisonnements de ces récits, il nous faut bien admettre, peut-être pour mesurer le chemin encore à parcourir, que le mot professionnalité est absent du dictionnaire. A la hauteur de cette absence, une définition en est proposée dans divers textes. Elle ne renvoie pas à la qualification mais à l'art. S'agit-il de rendre compte d'une créativité qui concerne une part du travail échappant à toute rationalisation utilitariste ? C'est probable. Qu'il suffise de dire provisoirement que le terme prend force compréhensive en vis-à-vis de celui de professionnalisme. Si le professionnalisme est un état stable qui refroidit, la professionnalité est un processus vivant qui réchauffe. Plus, dans un contexte où « *la santé mentale ne peut plus se faire avec les techniques de la psychiatrie* » si la logique du professionnalisme porte sur l'identité et entraîne les acteurs à toujours plus de distinction entre eux et les autres, celle de la professionnalité porte sur l'action et est porteuse de coopération et d'expérimentation avec d'autres. Elle ouvre une fenêtre sur des scénarios alternatifs, elle dégage une palette de choix. Bref, c'est l'un des moteurs de l'innovation dans un contexte morose de standardisation où l'imagination clinique n'ose plus oser. Qu'on nous permette ici de reprendre ce que dit G. Gaillard « ... *Ces "bonnes" pratiques font entrevoir le risque majeur d'un désengagement affectif et relationnel des "nouveaux" professionnels, investissement subjectif qui constitue pourtant la condition même du soin et de l'accompagnement. Elles profilent une nouvelle ère, celle des techniciens, n'ayant d'autre rôle que d'appliquer les procédures ad hoc, permettant le déploiement d'un fantasme de "traçabilité" sans faille* ».

Quelle que soit la qualité qu'on lui attribue : art du métier, autonomie, droit à l'expérimentation, éthique, parce qu'elle est source de créativité, **il faut prendre soin de cette professionnalité**, Matière Vivante, elle est fragile et précieuse. Face aux atteintes de disqualification dont elle est l'objet, aux risques d'usure et de désengagement, elle doit faire l'objet de reconnaissance et de garantie institutionnelle (B. Ravon). Car, véritable moteur du décloisonnement des pratiques sanitaires et sociales, elle garantit durablement la constitution de collectifs de différents professionnels mais aussi d'autres acteurs de la santé mentale dont les élus et les usagers (L. El Ghozi). Comment répondre à de nouveaux besoins qui vont du suivi au long cours des patients psycho-

tiques à la participation des usagers et des familles, à l'implication des professionnels, mais aussi des bénévoles dans les dispositifs de réhabilitation, dans le travail en réseau ? Comment inventer une (des) nouvelle(s) clinique(s) dans les contextes sociaux de notre temps : la maladie, la souffrance psychique, mais aussi la précarité, la violence sociale, la solitude urbaine ? *In fine*, cette insistance portée sur la professionnalité en vis-à-vis du professionnalisme pose la question des conflits éthiques en pratique de réseau (A. Roig, J. Leal Rubio). Est-il possible de penser une transmission à la fois des connaissances et des expériences, à la fois des savoirs et des savoir-faire ? La question ouverte ici nécessitera des prolongements au-delà de ce numéro car il se confirme que contexte social et mutation clinique n'ont pas fini de s'influencer mutuellement. Le couple précarité/santé mentale reste un chantier majeur pour demain (J. Furtos).

A l'heure où la génération qui s'est battue pour construire une psychiatrie désalieniste passe peu à peu la main, la question apparaît moins être celle des nouveaux métiers que celle « des nouveaux », c'est-à-dire des jeunes professionnels (C. Burquel, E. Messens). Tant que des professionnels en souci de l'autre sauront construire des espaces de tension entre professionnalisme et professionnalité, ils continueront à fabriquer de la culture professionnelle. Lorsque l'un des termes tend à disparaître, comme on le constate aujourd'hui, la complexité du vivant est déniée. L'exercice du métier a tendance à être alors rabattu sur une forme de dictature obsessionnelle de l'organisation.

La bio-psycho-socialité constitutive du sujet nécessite moins de créer de nouvelles professions que d'organiser, sur le mode de la polyphonie, la pluridisciplinarité et l'apprentissage croisé, agissant chacun de sa place, selon une éthique rigoureuse et dans la dignité du service au public.

*Ce numéro des Cahiers de Rhizome résulte d'un partenariat entre l'ONSMP-ORSPERE et le CEDEP (Comité Européen Droit Ethique et Psychiatrie) présidé par Claude Louzoun.*

*Il s'appuie sur une étude commanditée à l'ONSMP par le Conseil Régional Rhône-Alpes sur le thème des mutations professionnelles en santé mentale : « Apprentissages croisés en santé mentale », sous la direction de Christian Laval. Cette collaboration, qui implique plusieurs équipes européennes, s'appuie également sur une recherche intitulée « Usure des travailleurs sociaux et épreuves de professionnalité. Les configurations d'usure : clinique de la plainte et cadres d'action contradictoires », commanditée par l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion (ONPES), sous la direction de Bertrand Ravon (MODYS-CNRS/ONSMP-ORSPERE)*

***Toute l'équipe de Rhizome et le Comité de rédaction  
vous souhaitent une excellente année 2009 :  
Que nos rêves continuent de se frayer un passage  
dans le réel de nos pratiques et de nos vies.***

# ••• Sur quelques tensions à l'œuvre dans le champ de la santé mentale

Christian Laval

Sociologue,  
ONSMF.

**Si la construction des professions est une production historique, toute profession est susceptible d'être remise en cause par les évolutions sociétales. Les mutations actuelles du champ de la santé mentale sont en correspondance étroite avec celles de la société contemporaine. Que ce soit à l'échelle transnationale, nationale ou même régionale, un champ d'intervention plus vaste que le traitement médicalisé est en constitution dont l'articulation avec la psychiatrie est encore incertaine quant à son tracé définitif. En France, la loi de santé publique du 9 août 2004 a installé les régions comme des acteurs de prévention et de santé publique.**

1. Plusieurs séminaires européens (Belgique, Italie, Royaume-Uni et France) ont été organisés avec le soutien du Conseil régional Rhône-Alpes. Le rapport (oct. 2008) est disponible sur demande.

Dans ce contexte évolutif, il s'avère inadéquat de penser, et de construire des actions de santé mentale dans un sous système de l'entre-soi limité à « celui des psychiatres et apparentés ». La nécessité de repenser la question professionnelle devient un impératif qui s'impose. Les professionnels, mais aussi les usagers, ont besoin d'inventer de nouveaux référentiels pour agir en deçà et au-delà du soin.

Mais si depuis deux décennies, de « nouveaux métiers » sont régulièrement annoncés, leur pratique reste souvent marginale. Certes encore minoritaires, de nouvelles fonctions apparaissent : accompagnateur, coach, facilitateur, helper, chargé de missions, agent de territoire, advocacy, conseiller, développeur, médiateur. Dans le même temps, des métiers plus établis connaissent des réévaluations de leur mission : psychiatres, infirmiers, psychologues, tra-

vailleurs sociaux. De nombreux intervenants de la relation à autrui (associatifs, bénévoles, acteurs du logement social) sont engagés dans des expériences qui jouxtent parfois de près le champ du soin. Eu égard à cette diversité, l'élaboration a priori d'une liste fermée des professions dites de santé mentale n'apparaît plus pertinente.

## Saisir les pratiques de santé mentale « en train de se faire »

Pour mieux appréhender ce nouveau paysage encore flou et hétérogène, il fallait certainement inventer une autre façon de saisir les pratiques autrement que sur la seule scène historique de la psychiatrie publique et dans une seule nation. *En ce sens, nous invitons le lecteur à un exercice de décentrement par rapport au paysage français. C'est justement cet exercice que nous avons effectué dans le cadre d'une série de séminaires européens que nous avons organisés sur ce thème entre janvier 2006 et juin 2008. Dans le cadre de cet article, nous ne pouvons pas résumer les différents axes de ce travail qui sont abordés dans le rapport final de la recherche<sup>1</sup> (les transformations sociopolitiques, les mutations culturelles, l'extension des scènes de pratiques). Nous avons fait le choix de cibler notre propos sur la manière dont se construisent des nouvelles tensions entre différents paradigmes d'intervention sur le terrain des pratiques. En général, surtout dans notre pays cartésien, les pratiques sont entendues comme une application de théories. C'est la « discipline » de référence qui donne le ton. En psychiatrie, on sait par exemple qu'il existe une multiplicité de références théoriques parfois antagonistes (psychanalyse, médecine, psychiatrie cognitiviste, sociale ou communautaire...) dont découleraient des pratiques dites « d'école ». Cette complexité des références disciplinaires ne doit pas être sous-estimée. Sur le long terme, les références théoriques contribuent à formater les découpages entre professions. Mais en parallèle à ce chemin descendant qui part des théories vers des pratiques, cette recherche montre que dans la dernière période, lorsque la santé mentale se substitue à*



la psychiatrie comme horizon d'attente dans différents espaces transnationaux, ce sont aussi les influences réciproques entre différents acteurs (des soignants, des accompagnants, des patients, des aidants et des usagers) qui produisent des formes d'intervention et des nouveaux styles de travail.

Aujourd'hui, ce n'est pas une définition expertale de la santé mentale venant d'en haut qui peut expliquer comment pratiquer, mais ce sont les praticiens qui esquissent une action de santé mentale au fur et à mesure qu'ils avancent. Alors, pourquoi ne pas prendre au sérieux ce que les praticiens s'obstinent à dire sur ce qu'ils font ? Pourquoi ne pas suivre les directions qu'ils indiquent ?

Cet article a pour but de mieux repérer deux processus conjoints qui intéressent le devenir professionnel dans le champ de la santé mentale :

- la tension structurante entre *cure* et *care* oblige à différencier professionnalisme et professionnalité. Elle se pose comme un conflit de perspective entre agents positionnés à différents points du système d'intervention.

- la réflexion concernant les profils à venir de « nouveaux opérateurs » dits de santé mentale passe par un examen de différents modèles résolutifs de ce conflit de positions. Au cœur de ces nouveaux profils, c'est la question de l'articulation qui est mise au travail : entre *cure* et *care*, psychique et social, théorie et pratique, recherche et action...

### **Différencier professionnalisme et professionnalité**

Différentes scènes sensibles (Justice, Politique de la Ville, espaces ruraux, école,...) sont perméables à la précarisation de la société. Des questions de santé mentale s'y cristallisent comme souci publiquement affirmé (« épidémies » de suicides au travail, injonction thérapeutique aux pédophiles, toxicomanie dans les quartiers, conjugopathies psychosociales en milieu rural, incurie dans l'habitat, psycho-traumatismes des exilés, etc.). Deux logiques d'intervention, celle de la prise en charge psychopathologique et celle du souci public de santé mentale y

sont mises en tension. Sur ces nouvelles scènes, le professionnalisme est évidemment indispensable mais il s'avère non suffisant. Un autre moteur essentiel à la mise en mouvement ne carbure pas au professionnalisme mais à la professionnalité. Qu'est-ce à dire ? Le professionnalisme pose la qualification (diplôme, droit d'exercice) en amont de la compétence, le savoir théorique en amont de l'expérience. A contrario, la professionnalité, entendue comme l'art d'être professionnel, interroge les ressources professionnelles et aussi l'ensemble des ressources sociales et personnelles mobilisées dans toutes les situations (encore) non écrites dans les livres donc théorisées. Comment faire face aux questions suscitées telles qu'elles se posent ici et maintenant ? En se focalisant sur le non connu, la professionnalité rend compte de la composante d'engagement des praticiens dans ce qu'ils font au-delà de ce pour quoi ils sont qualifiés. Il n'est donc pas étonnant que la texture de la professionnalité, toujours à la limite de l'outrepassement et de la transgression validée<sup>2</sup>, puisse être dépeinte par des épreuves<sup>3</sup> et par des engagements subjectifs forts et coûteux en plaisir et en souffrance (épanouissement de soi versus usure professionnelle<sup>4</sup>).

### **Conflits de perspective entre *cure* et *care***

Trois remarques introductives sont ici nécessaires :

- la polarité ici tenue entre *cure* et *care* exige un décentrement du regard franco-français<sup>5</sup>.

- la différenciation entre *cure* et *care* n'a pas le tranchant d'une frontière qui départagerait strictement professionnels et usagers. Particulièrement, le métier d'infirmier porte dans son histoire une double problématique de *cure* et de *care*.

- cette polarité est présentée ici comme une modélisation idéal-typique absolument à différencier des pratiques réelles plus enchevêtrées et donc plus complexes. Conscient de cet écart entre modèle et pratique, nous invitons toutefois le lecteur à traverser la dualité de cette opposition comme un processus conflictuel heuristique. Instruisons le devenir entrecroisé de ces deux figures.

2. Cf. Furtos J. « La transgression validée » in Cahiers de Rhizome (déc.2006) Réinventer l'institution.

3. Sur cette notion d'épreuves, se reporter aux articles de P.Bretécher, D.Cesoni et C.Kept dans le présent numéro.

4. Sur ce sujet, voir aussi l'article de B.Ravon dans ce même numéro.

5. Nous aurions pu traduire comme on le fait souvent *cure* et *care* par *soin* et *prendre soin*. Nous avons choisi de garder les termes anglais car si le *cure* peut se traduire par *remède* ou *soin*, la traduction du *care* est plus complexe. *Sollicitude*, *soin*, *souci* : ces traductions toutes possibles et déjà proposées dans tel ou tel contexte, couvrent certes en partie le champ sémantique du mot *care*, mais aucun terme isolément n'est en mesure d'en prendre en charge la complexité, et chacun le tire vers une caricature. Peut-être le mot anglais *care* renvoie-t-il de façon explicite à deux thèmes, celui du *souci* entendu comme *chagrin* et celui de la *sollicitude* et du *soin* (Resweber, 2003).

### **Du côté du *cure* : Du thérapeute à l'accompagnateur**

Dans chacun des pays participants, la figure du thérapeute garde une forte légitimité. Soigner nécessite des qualifications qui se constituent dans le cadre d'une ou de plusieurs disciplines (psychiatrie, psychologie). Cet aspect est bien connu. Mais d'autres caractéristiques du soin -comme celle du niveau de coopération du patient- sont devenues incontournables. Dans la foulée de la désinstitutionnalisation, de nombreuses initiatives autonomes, dont le but était de décentrer le rapport soignant/patient, avaient déjà vu le jour. Depuis lors, la recherche systématisée de modes de co-production du soin présuppose que le soignant reconnaisse le patient aussi comme un usager. Toutefois, si la figure de l'usager fait évoluer la relation, lorsqu'elle est réduite au consumérisme, celle-ci peut se réduire à une simple prestation de service.

A contrario, lorsque le lien entre professionnels et usagers est pensé comme un lien entre personnes, la pratique de *cure* s'éloignant du modèle consumériste se configure comme une forme de lien civil où il ne s'agit pas seulement de soigner mais aussi, sous l'ordre de la nécessité, de créer ou de maintenir une inscription sociale faisant souvent défaut.

*« ...On s'éloigne d'une conception du psy ou de la thérapeutique qui considère que le patient doit arriver avec une demande d'introspection et dont le travail consiste seulement à chercher la cause des symptômes dont souffre la personne ».*  
*Psychologue Bruxelles.*

*« Je résume ma pratique et mon savoir-faire : utiliser toute médiation possible. Qu'importe la médiation pourvu qu'on arrive à créer du lien. Ça peut passer par une radio, une ordonnance, un avocat pour aider à divorcer ou à obtenir un statut de réfugiés ..., pourvu que l'on arrive à créer un lien, je me fiche de la médiation. A partir de là, je peux créer un groupe théâtre, comme je vais le faire dans quelques semaines ; je peux monter un site internet ...*

*La médiation m'importe peu à partir du moment où l'on a réussi à créer un lien avec la personne à la rue ».* *Psychiatre, séminaire Paris.*

Tout soignant apprend peu à peu dans différents dispositifs de rapprochement à « aller vers » les personnes dites vulnérables, soit pour les accompagner lorsqu'elles sortent de leur institution, soit avant même qu'elles n'y arrivent. C'est alors que le vocabulaire de l'accompagnement chemine à côté de celui du soin entendu ici comme un acte technique. Transversalement aux ancrages professionnels, l'accompagnateur se positionne comme un interface, parfois même un diplomate, entre la personne accompagnée et les « froides » institutions. Il travaille sur les parcours des personnes, sur les modes d'accessibilité aux services et sur leur insertion. Nouvelle base ou substitution à la pratique de *cure*, l'accompagnement fait en partie écho aux approches anglo-saxonnes de *recovery* dans la mesure où ce n'est plus la guérison qui est visée mais l'aménagement de la situation. Telle personne accompagnée peut continuer à participer aux échanges sociaux en dépit de ces troubles pathologiques. Ce devenir du *cure* du côté de l'accompagnement en santé est à ce point omniprésent qu'un auteur comme Baszanger (2002) y voit le développement d'une médecine du sujet total. De fait, l'accompagnateur tend à dégager des marges de manœuvres afin de développer des aptitudes et de conduites compatibles avec les exigences sociales qui définissent des seuils normatifs d'inclusion sociale ou de santé. Pour ce faire, il s'appuie sur sa légitimité professionnelle « psy » mais aussi sur les droits, l'éthique, le respect et mobilise des supports, des aides, des médiations (thérapeutiques, sociales, économiques, symboliques) dont le but consiste à aménager au mieux des attachements dignes et « tenables ». Des approches dites « globales », des rapprochements entre personnes soignantes et soignés se multiplient. Ces pratiques d'accompagnement encouragent un abord de la personne à part entière (intégrité, respect, dignité). Cette topique de la dignité, déjà très présente dans la société (des

Droits de l'Homme), trouve sa traduction dans le champ de la santé mentale, dans la politique de déstigmatisation tenue depuis longtemps par l'OMS et plus récemment par l'Union Européenne (Helsinki 2005). Cette topique est en train de devenir un levier puissant de transformation de pratiques en santé mentale.

L'adoption de la catégorie d'accompagnement signe-t-elle l'émergence de nouveaux modèles d'intervention substitutifs aux « traitements », aux « suivis » ou à la « prise en charge » ? Au vu des nouvelles obligations de contrats (de soins), de responsabilisation (des acteurs) qui les bornent et des valeurs libérales que ces impératifs véhiculent, cette catégorie modifie-t-elle la conception des fondements de la politique de solidarité vers une politique d'activation des individus dont l'intégrité psychique est devenue aussi importante que l'intégrité sociale ?

Face à ces questions, une pensée critique de l'accompagnement prend consistance dans le champ du soin. Les cliniciens reconnaissent que le savoir professionnel habituel est insuffisant pour comprendre complètement les expériences de détresse, de même pour saisir la nature des ressorts qui permettent aux patients de surmonter leurs difficultés. Toute évolution d'un trouble ne requiert pas forcément l'aide d'un soignant.

En réalité, en apprenant comment les usagers utilisent leurs ressources eux-mêmes, les accompagnateurs entrent dans un cycle d'expérimentation et de doute<sup>6</sup>. Depuis quelques décennies, l'État et certains acteurs de la société civile avaient pris l'habitude de poser régulièrement la question des limites de la professionnalisation à un « tout » accompagnement sanitaire des vulnérabilités. Selon des lignes de force inédites, cette tension entre professionnalisation et dé-professionnalisation du soin semble devenir une controverse devenue légitime *au sein* même des corps professionnels. Lorsque le psychologue dé-psychologise (en tant que professionnel) la demande sociale face à des travailleurs sociaux déboussolés, lorsque le médecin démédecinise l'approche sanitaire du corps social face à une opinion publique inquiète, lorsque dans un contexte accru de précarisation de la société, le

psychiatre dépsychiatrise la violence urbaine face aux politiques sécuritaires, comment thématiser adéquatement ce qui se dit dans le lexique de la santé mentale concernant l'accompagnement professionnalisé de toutes les souffrances psychiques et sociales en demande de reconnaissance dans la Cité ? Que signifie alors la thématique de la déprofessionnalisation dans ce contexte ? Quelles sont les limites à tracer à l'extension de la professionnalisation dans la « prise en charge » de différentes formes de souffrances sociales ?



M.J. Lambert

C'est la délégation par le corps social -dont la nature politique est peu interrogée- adressée aux corps professionnels sommés de répondre aux nouveaux enjeux sociétaux qui est au cœur de cette question. C'est précisément l'inadéquation des réponses de la psychiatrie à la vulnérabilité de masse qui a peu à peu installé la santé mentale comme une action publique distincte de celle qui vise les pathologies mentales. Cette réorientation de l'action publique est ressentie par les soignants avec une certaine ambivalence. La question mérite d'être posée de savoir si leurs activités, qui tendent à devenir de plus en plus extensives, peuvent encore relever du seul art du thérapeute.

Dans leur rapport étroit aux mutations sociales, les corps professionnels sont à envisager comme des sujets collectifs dont le devenir n'est pas seulement lié à leur qualité professionnelle, mais est à resituer dans l'historicité de nos sociétés. Soyons clairs. Le thème de la déprofessionnalisation ne signe en rien

6. Cf. Rhizome n°30 : Traverser la confusion.



un échec des professionnels. En revanche, son occurrence les oblige à prolonger les risques d'une pratique démedicalisante et non à user de la fonction soignante comme d'un objet identitaire et totémique dont ils seraient les seuls détenteurs.

### **Du côté du care : Du « self-helper 7 » au facilitateur**

Selon des intensités diverses d'un pays à l'autre, la place prise par les usagers dans un mouvement de professionnalisation est variable. La culture anglo-saxonne de société civile, comme les effets de la loi 180 en Italie, suscite des pratiques et des expériences encore peu présentes dans le contexte français. Si la pratique concrète de *care* n'est pas référentielle à un groupe d'acteurs, quel qu'il soit, dans la nouvelle donne de la santé mentale, l'idéal type d'une pratique de *care* prend consistance indéniablement par la figure du *patient/acteur*. Il est soit leader de sa communauté, soit représentant d'associations, ou encore responsable de dispositifs d'intervention. Ceci dit, dans diverses expériences, d'autres figures plus professionnelles que les usagers (emploi-jeunes, étudiants, stagiaires, intermittents du spectacle, mais aussi cuisiniers ou artisans dans le cadre de coopératives ou d'entreprises sociales) sont aussi positionnées comme des ressources ponctuelles. Ces figures ont comme point commun de se situer en dehors du monde de la pathologie. Leur analyse permet de distinguer deux types de pratiques où la question du *care* est mise au travail. La première est celle du *self-help* :

*« Si je me sens plus usager ou plus bénéficiaire du service ? Je pense que c'est les deux. L'expérience de self-help, c'est une expérience contradictoire ... Ca veut dire que le self-help prévoit qu'il faut s'ouvrir dans le groupe et tout ce qui résulte peut être élargi hors du groupe. J'ai fait le contraire. J'ai rencontré des personnes, nous sommes sortis, nous avons parlé de nos problèmes, trouvé des points en commun avec d'autres personnes. C'est une amitié, une grande amitié entre moi et 5/6 personnes. En particulier, nous avons parlé du monde du travail, des problèmes qui existent dans le monde*

*du travail. Nous avons trouvé beaucoup de points communs. Cela nous faisait rire un peu, parce qu'en réalité, on pouvait confronter mon problème, le problème d'une autre personne, et d'une autre personne encore. Mais c'était toujours le même problème. Il y a eu naissance d'une petite réalité, de la découverte de la petite réalité qui existe dans chacun de nous. Notre réalité est vraiment belle. Notre amitié est belle, parce que nous sortons tous les soirs, nous parlons de nos problèmes, nous restons ensemble. C'est ça mon expérience dans le groupe de auto-aide, self-help. Je me suis ouvert dans le groupe. En parlant de tout, en parlant du travail, du contact avec les personnes, de nos difficultés. Mais la réalité, c'est que le problème était toujours le même. Le problème c'est d'être compris, de se faire comprendre. Je pense que c'est tout. Je ne suis pas psychiatre. J'ai simplement fait une expérience, c'est tout. » Séminaire Matera, Italie.*

Le *self-help* se définit comme une expérience de vie. La notion renvoie à un processus de changement d'attitudes, de valeurs, de sentiments, de buts, de compétences ou/et de rôles, de dynamique d'apprentissage des capacités et des limites. Ce processus de redéfinition de soi-même (Davidson 2005), en sortant d'une identité définie par la maladie à une autre reposant sur des intérêts, des talents, d'autres activités, en composant avec les symptômes, en développant des capacités de résilience, peut s'accompagner d'une attitude active de lutte contre la discrimination.

Cette première conception du *self-help* ne se pose pas en termes de professionnalisation des compétences ou des ressources. Ce qui n'est pas le cas dans le témoignage suivant où la personne-usager se présente aussi comme effectuant un vrai travail :

*« Bonsoir, je m'appelle F. Je suis un facilitateur social. Qu'est-ce que c'est ? Un facilitateur social est un usager qui a suivi un cours et a acquis une qualification, il a fait un saut qualitatif. Il était un usager et il est devenu un usager opérateur. Je dois suivre un cours de 120*

7. Selon les cas, *self-help* peut être traduit par auto-aide ou aide mutuelle.

En France les Groupes d'entraide mutuelles sont en première ligne.



*heures pour mettre à jour ma qualification, parce que ce n'est pas facile d'étudier. Je voulais vous parler du projet et du centre P. où je fais ce travail. Le centre s'est mis en place après la réhabilitation d'une ancienne école grâce à des subventions de la région Toscane. Ce projet se veut être un projet/pont entre les services et les citoyens ». Séminaire Matera, Italie.*

Des intervenants sont recrutés pour leur proximité et leur capacité d'immersion parmi les usagers, à l'instar de ce qui se pratique dans d'autres segments de l'action publique depuis quelques décennies (personnes-relais et autres médiateurs issus des cités). C'est aussi le cas dans le domaine de la réduction des risques liés à la toxicomanie et aux maladies sexuellement transmissibles, lorsque les agents de prévention sont d'anciens toxicomanes (Frangiadakis, 2000) ou des ex-prostituées (Mathieu, 2001)<sup>8</sup>.

Afin de se confronter aux ressentis, aux avis et aux plaidoyers des individus ou des communautés visées par ses actions, le champ de la santé mentale a-t-il besoin de ces nouveaux praticiens de proximité sachant organiser des lieux d'expression facilitateurs où se construisent peu à peu des énoncés rationnels et légitimes ? A voir. Si des régimes d'accord existent localement, de nombreuses questions se posent. Voici comment un psychiatre est amené à revenir sur le rôle des facilitateurs entre différentes communautés ethniques et les soignants :

*« D'un côté, il y a les usagers et il y aussi ceux qui développent un rôle professionnel et qui s'occupent d'autres personnes. Ce deuxième rôle est quand même assez controversé, parce que ce sont des personnes qui développent une expertise par expérience et ensuite qui se servent de cette expertise pour aider les autres. Par contre, le premier rôle d'usager qui devient un usager « professionnel » change. Selon les personnes, c'est variable. Pour certains c'est quelque chose de plutôt dangereux, parce que c'est quelqu'un qui reste enfermé dans ce rôle d'usager des services et s'identifie en tant qu'usager. Mais d'un autre côté,*

*nous avons besoin de personnes qui ont eu cette expérience, d'être usager et qui continueront de parler selon les voix de l'expérience. Il y a un défi. Je ne crois pas qu'il faudrait qu'on minimise l'importance de leurs expériences quand ils parlent et s'expriment à la place d'autres usagers. C'est mon point de vue ». Psychiatre, Séminaire Londres.*

Les soignants eux-mêmes auraient-ils besoin de ces facilitateurs qui leur permettraient d'améliorer leur travail auprès des personnes ou des groupes vulnérables dont eux-mêmes ne font pas partie ? Là encore les avis divergent. Tous les soignants n'en sont pas convaincus. Ceci n'est pas très étonnant. Les expérimentations, qui ouvrent une place à ceux qui sont à la marge des institutions sanitaires, irriguent la centralité d'une problématique dérangeante. Au fond, qui le facilitateur facilite-t-il ? Le patient qu'il représente, l'émergence d'alternatives, ou le corps professionnel dont il serait l'informateur (à l'instar des ethnologues) ? D'un côté, on voit bien que le risque de l'assujettissement de ces nouvelles fonctions aux logiques du service est loin d'être à négliger. De l'autre, on discerne une autre forme de risque qui, face au « pouvoir médical », allierait consumérisme et servitude. Face à ces deux risques, la question à se poser est la suivante : L'arrivée du facilitateur introduit-elle une différence dans le processus de *cure* et plus important encore, dans le déroulement du *care* ?

Les praticiens, parce que divers et hétérogènes, ne sont pas branchés a priori sur la même longueur d'onde. Dans un espace donné, des dispositifs s'expérimentent autour de nouvelles questions sensibles en manque d'un lexique de « bonnes pratiques » déjà homologuées par la communauté soignante. Souvent opaques les uns des autres, ces dispositifs s'ignorent, se cloisonnent ou se chevauchent. C'est ainsi. Si le langage du « développement humain » domine l'éducation, si celui de la « prise en charge » dépeint la psychiatrie, si celui du « lien social » caractérise le travail social, la nécessité d'un travail de traduction d'une langue à l'autre rentre dans les définitions même d'objectifs d'interventions communément compris par un maximum d'acteurs.

<sup>8</sup>. Ces intervenants sont parfois peu qualifiés sur le plan professionnel et c'est justement l'ambiguïté du statut (bénévolat, mise en avant des compétences sociales et personnelles) qui leur donne les qualités requises pour une relation « d'égal à égal ». Le risque d'instrumentaliser ses faibles qualifications n'est pas négligeable.

Transversales aux mandats et aux qualifications, les notions de *care*, d'attention à l'autre, de souci, sont fédératrices. Elles réconcilient sens du soin et sensibilité des praticiens. Elles rendent perceptibles aux politiques et aux citoyens une forme d'engagement vers l'autre vulnérable, peu visible, alors qu'elles concernent des pans entiers de l'activité humaine. Surtout, en réinterrogeant les découpages et les définitions habituelles des professions qui s'adressent à autrui, la force fédératrice du *care* oblige à repenser les frontières entre des registres de l'activité humaine habituellement disjoints. Par ce fait, l'interrogation de nature politique sur la question des limites au « tout » professionnel y est posée de manière centrale.

9. Cf. Furtos J. :  
Le conflit des assignations, in  
Rhizome N° 30

### **Conclusion : jardinier de la folie ou tisserand de la santé mentale ?**

Nous n'avons pas découvert de nouvelles disciplines unificatrices, ni une nouvelle profession éponyme à la santé mentale. Notre moisson a été d'une autre nature. Sous nos yeux, l'art d'être professionnel est en pleine recomposition. Au sein de la tension constitutive entre cure et care, se profile une fonction nouvelle distincte à la fois de la prescription médicale et de la fonction psychothérapeutique. Toutefois, les figures en devenir de l'accompagnateur et du facilitateur annoncent deux modes distincts d'articulation de cette tension : celle du jardinier et du tisserand.

Tandis que le jardinier accompagne le mélange du cure et du care, le tisserand facilite l'entrelacement des éléments de la chaîne du soin et de la trame du

prendre soin. Tandis que le jardinier, en bon écologiste, s'intéresse à soigner des environnements créatifs, le tisserand raccommode des environnements disjoints, fragmentés, désunis. Le jardinier métisse les disciplines, tandis que le tisserand tisse les fils des métiers.

Entre jardinier de la folie et tisserand de la santé mentale, que choisir ? Comment choisir ? Faut-il même choisir ? La réponse dépasse le cadre de notre recherche. Mais une chose est sûre : l'approfondissement d'un autre type de travail en santé mentale devient une nécessité qui concerne aussi bien les professionnels que les usagers. Ce travail peut se définir par la capacité à prendre soin à la fois de sa professionnalité et du milieu des autres, à se fonder dans des communautés de praticiens, à mobiliser des ressources issues de mondes hétérogènes, à reconnaître des souffrances psychiques et sociales, à faire vivre des espaces de transitionnalité, bref, à faire passer des cultures soignantes en contrebande vers d'autres scènes que celle du soin et vice et versa. « *Comme le disait Lucien Bonnafé, la psychiatrie doit utiliser pour l'action thérapeutique la stratégie du coucou, aller pondre dans le nid des autres et réciproquement, non pour coloniser qui que ce soit mais au motif que le champ où les gens vivent et souffrent est plus large que le chez soi du cadre technique de la médecine d'organe. Une telle transformation nécessite d'accepter le conflit des assignations et la vectorisation ordonnée de l'indétermination, de telle manière qu'elle puisse produire du sens dans l'action* »<sup>9</sup>.

Les questions de santé mentale y occupent dès le départ une place centrale et vont constituer l'un des axes de travail de l'atelier santé ville. Cette action territorialisée de santé s'appuie principalement sur deux fonctions, la coordination et la médiation socioculturelle, exercées par deux salariés de l'association. Elle ne sort cependant de sa virtualité et ne prend corps que dans la relation avec d'autres professionnels au nombre potentiellement infini, en provenance de la diversité des structures médico-sociales, d'insertion et d'éducation populaire de la ville. Ils participent à la production de diagnostics socio-sanitaires et co-animent, aux côtés des premiers, les diverses activités de prévention auprès du public.

Dans cette configuration locale, orientons le projecteur sur deux individus. Albert, 56 ans, psychiatre, praticien hospitalier, est présent depuis trente ans sur ce territoire urbain, depuis qu'il a participé à la création du « secteur » au début des années soixante-dix. Appartenance stable à une profession canonique, inscription dans le champ du soin psychique, figure générationnelle de la psychiatrie de service public, tel est le premier portrait que l'on en esquisse. Thierry, 32 ans, travaille dans la ville depuis quatre années seulement. Son arrivée a coïncidé avec son embauche par l'association sur un poste d'animateur santé. Celui-ci sera bientôt requalifié *chargé de mission santé* en lien avec une extension de son cahier des charges, rempli en partie par la coordination de l'atelier santé ville. Thierry incarne quant à lui un nouveau métier « de l'insertion et du local »<sup>3</sup>, sa qualification sanitaire n'en étant qu'une déclinaison particulière.

Intéressons-nous à cette réunion inédite de contraires qui produit de l'action commune. Nous proposons de faire de leurs trajectoires une voie d'entrée dans ce monde social en permanente construction. La trame narrative qui sous-tend leur reconstitution n'est pas seulement une forme discursive, coproduite dans l'entretien de recherche. Elle est une reconstruction subjective de sens, entre ruptures et continuités, dans laquelle la notion d'expérience est centrale.

# Les épreuves d'Albert et de Thierry. Dans les creux se font les pleins

Déplaçons-nous dans une petite ville de banlieue comptant parmi les sites de la politique de la ville française<sup>1</sup>. À ce titre, s'y met en place depuis trois ans une démarche dite « atelier santé ville » située à l'entrecroisement des différents secteurs de l'intervention publique<sup>2</sup>. L'association qui en assure le portage est une sorte de laboratoire d'ingénierie sociale créé quinze ans auparavant par le maire pour expérimenter de nouvelles réponses en matière d'économie sociale. C'est donc de manière totalement diffuse dans le social, sur ce socle associatif de « bricolage » de pratiques alternatives de la solidarité, qu'a commencé à se définir puis s'afficher un territoire d'intervention spécifiquement dédié à la santé.

## Une trajectoire de la perte. La place laissée à l'autre

Albert fait remonter son intérêt pour ce qu'il appelle « le local » à sa participation durant ses études de psychiatrie à un enseignement du philosophe Francis Jeanson. Ce qu'il défend l'impressionne et représente pour lui un modèle de contact et de travail avec « le public ». Ils collaborent tous deux pendant huit années durant lesquelles Albert prend la direction du séminaire. Il s'appellera « *la place de la psychiatrie de secteur dans la cité* ». Ce souci précoc du local le conduit à rejoindre la spécialité de la psychiatrie pour son projet du « secteur ». S'il nous dit avoir aujourd'hui « un peu quitté le créneau local », cependant, c'est toujours pour défendre, dans les espaces délocalisés de ses responsabilités

Béatrice Deries

Sociologue (CRESAL-Université Lyon 2)  
Formatrice dans une Ecole de travail social (EIAS Rockefeller, Lyon)

1. Nous nous appuyons ici sur une recherche ayant nourri une thèse de sociologie (Université Lumière Lyon 2, 2008).

2. L'ASV, créé par décision du Comité Interministériel des Villes du 14 décembre 1999, est un dispositif doublement affilié, à la politique de santé publique et à la politique de la ville. Son ambition est de mettre en cohérence et en synergie ces deux politiques publiques à l'échelon municipal.

3. En reprenant les termes en lesquels la sociologie du travail social a analysé sa bipolarisation. Voir les résultats du programme de recherche coordonné à la fin des années 1990 par la MIRE DREES (Cf. ouvrages de J.N. Chopart et I. Astier).



syndicales et scientifiques, l'idée que « *la psychiatrie doit aller dans la cité, y développer des partenariats avec les travailleurs sociaux et les médecins généralistes et toutes les institutions possibles* ». Les partenariats, tel est le fil conducteur de son récit qui insiste sur la fidélité aux premières orientations, en dépit des bouleversements institutionnels connus en trente années de carrière.

Car c'est aussi un récit de pertes que nous recueillons, celles enregistrées par la psychiatrie publique. Mais par la force des choses, ce sont aussi celles d'Albert. À travers la reconstitution de son parcours, il se fait le témoin de l'intérieur, et l'acteur obligé des restructurations psychiatriques. Pourtant « la perte des moyens », nous verrons que ce psychiatre s'en débrouille, jusqu'à en faire une ressource de pensée et de théorisation de la pratique de la « santé mentale ». Perdre oblige à penser avec « *l'autre* ». Et le déroulement de cette trajectoire de nous démontrer indirectement que les ingrédients d'une santé publique contemporaine sont contenus dans les expériences de la vie passée, depuis le côtoiement du philosophe de *la cité* jusqu'aux initiatives personnelles en matière de sectorisation, lesquelles, seraient aujourd'hui dans l'air du temps si les remaniements de l'institution n'y avaient mis fin. Comment en quelque sorte les expériences du passé peuvent être considérées à la lumière de la crise du présent comme préfiguratrices des agencements contemporains de la santé mentale.

C'est aux écarts successifs de la pratique vis-à-vis d'un cadre normatif que l'on repère le tracé biographique. À commencer par sa propre interprétation du secteur, privilégiant des actions en direction du travail social qui valurent à Albert, au cours des années soixante-dix, d'être repéré comme l'un de ceux qui « *font dévier la psychiatrie dans le social* » quand le secteur naissant était conçu comme un dispositif global et total de prise en charge d'une population à partir de l'intra-hospitalier. La création d'un dispositif d'articulation psychosociale adressé à des personnes dites « *en difficulté* » est le deuxième événement significatif d'une trajectoire qui mène vers la santé mentale. L'énoncé marque un premier pas dans la dé-psychiatisation des catégo-

ries cliniques. Quant à la forme (l'aller vers et l'immersion dans le contexte où naissent les problèmes), elle rompt avec une activité thérapeutique sédentarisée au centre médico-psychologique. L'exposé de cette expérience dans l'un des tout premiers congrès<sup>4</sup> à avoir osé le rapprochement entre les problématiques sociales et les missions de la psychiatrie publique, fait d'Albert l'un des précurseurs inconnus d'une pensée de la clinique qui depuis lors a bénéficié de multiples traductions scientifiques et reconnaissances politiques. Le coup d'arrêt porté quinze ans plus tard à cette expérience est le début d'une perte continue de tous les moyens logistiques et humains qui permettaient à Albert d'inscrire sa clinique, de s'inscrire lui-même dans le social. Il appartient désormais aux praticiens du champ social de faire ce qu'il faisait. « *La santé mentale ne peut plus se faire avec les techniques de la psychiatrie, elle ne nous appartient plus* » nous dira-t-il. Son engagement dans la création d'un Conseil local de santé mentale est l'ultime figure du *partenariat*, permettant la poursuite du projet originel, quoiqu'en des formes renouvelées. C'est à ce moment-là que se fait la rencontre avec le coordinateur de l'atelier santé ville, les deux démarches qu'ils animent respectivement, le Conseil local de santé mentale et l'atelier santé ville, se recoupant selon diverses modalités.

#### À défaut de. Transversalisation des mondes

« *Je n'ai pas de parcours, j'ai été recruté sur mon cursus militant* ». C'est ainsi que Thierry se présente à nous, en guise d'introduction de son activité de chargé de mission. Si son parcours se distingue des autres et a du relief, c'est précisément par ses ruptures et ses bifurcations successives. Ce dont Thierry parle, c'est du découplage entre le poste occupé et la formation initiale, qui nous fait sortir de la logique précédente, celle de la profession, mais aussi celle de la spécialisation. Par sa formation initiale, Thierry est technicien de laboratoire en biologie médicale, une qualification acquise au terme d'une succession de diplômes spécialisés. Mais ce capital scolaire, s'il a pu compter dans l'entretien d'embauche, est loin d'avoir été déterminant aux côtés du reste, c'est-à-dire un parcours militant

4. *Déqualification sociale et psychopathologie ou Devoirs et limites de la psychiatrie publique*, ORSPERE-CH Le Vinatier, Lyon-Bron, 1994.



associatif dans le champ de la lutte contre le sida. Nous entrons ici dans l'univers sémantique de la « santé », référé aux définitions globalisantes et démedicalisées de l'OMS. Les pratiques qui s'en réclament se doivent d'être, dans leur essence même, une composante de l'action sociale.

Chez Thierry, tout comme chez Albert, le récit est empreint d'une tension. Mais elle n'est plus la même. Alors que l'arrière-plan du premier était celui de la perte, perte de la globalité et de la maîtrise, la trajectoire du second est sous-tendue par l'idée du manque, manque de statut qui loin de n'être que subi nous est présenté comme la conséquence de ses prises de position « engagées », au sein de son milieu professionnel d'origine. Thierry a tout à gagner d'une indétermination de l'action en santé mentale, telle est la démonstration que réussit la reconstitution de sa trajectoire. Du foisonnement de ce récit de vie, retenons trois motifs « biographiques ».

Le contact avec ce que Thierry nomme « *la souffrance* », dans ses mots d'aujourd'hui, est la première



B. Roman

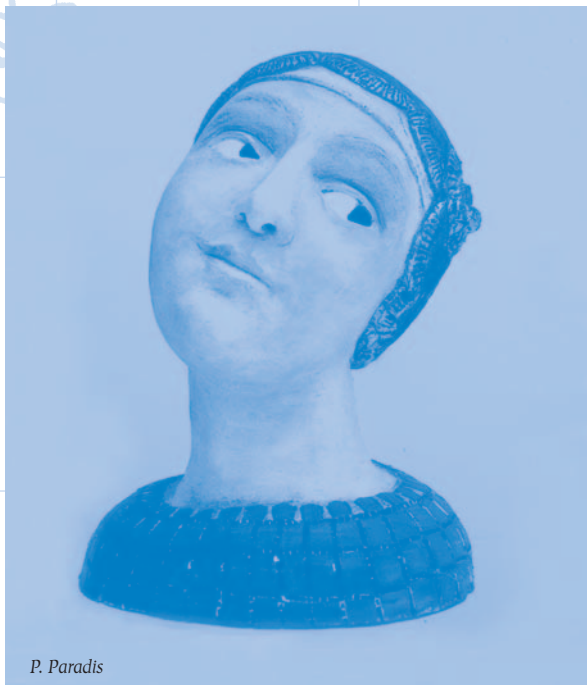
re de ces figures. Se voit ainsi requalifiée *a posteriori* une expérience psychologique enserrée dans le social, surdéterminée par des contextes sociaux

particuliers, celle que le service national au Service de santé des Armées lui a fait découvrir : militaires revenant de Bosnie ; appelés du contingent découvrant leur séropositivité après avoir été dépistés à leur insu ; handicaps non reconnus pendant les « *trois jours* » et découverts en situation. Cette expérience princeps de « *l'acte de soin* », du « *prendre soin des autres* », lui qui n'était « *formé qu'à l'éprouvette, aux souris de laboratoire et au microscope* » est pour lui comme une « *naissance sociologique* »<sup>5</sup>, que l'on songe à la diversité des contextes de travail ultérieurement traversés, à propos desquels il décrira des confrontations similaires.

L'intégration des dimensions technico-scientifique et « *politique* » est un deuxième motif du récit. Elle s'ancre dans un nouvel épisode, lorsque, après le service militaire, Thierry retrouve son métier de biologiste, dans un grand pôle pharmaceutique où se conjuguent expérimentation animale et « *veine humanitaire* ». Thierry s'en dit « *touché* ». Cette double tonalité caractérisera l'ensemble du parcours, la montée en technicité n'y excluant pas l'engagement associatif « *corps et âme* », la spécialisation accrue en biologie humaine s'accompagnant du volontariat à l'association *Aides*. Avoir une trajectoire, dans le cas présent, est une façon active d'établir des connections entre les mondes, associatif et professionnel, dans lesquels elle évolue ; transporter les valeurs morales et civiques de l'un dans l'univers technique de l'autre, au risque d'y « *laisser des plumes* », jusqu'au licenciement. La synthèse se réalisera dans le travail de fourmi du coordinateur d'action territoriale de santé : « *amener aux décideurs les éléments qu'ils n'ont pas toujours ou qu'ils ne veulent pas voir. Et cela, on ne peut le faire que par une démarche rigoureuse, un peu comme la démarche scientifique dans un laboratoire quand on fait de la recherche vaccinale. Cet atelier santé ville, c'est ce que l'on fait. Mais on ne le fait pas avec des souris de laboratoire. On le fait avec des êtres humains qui ont des difficultés. Leurs difficultés, on essaie de leur trouver des dénominateurs communs, c'est l'essentiel, ce qui permet de discuter et d'avoir un discours politique autour de ça.* ». Sous la ligne brisée du parcours, le récit de Thierry met en évidence le recyclage des investissements pre-

5. Au sens d'un événement fondateur venant récapituler toutes les causalités antérieures à lui-même et fonder toutes celles qui suivent (Cf. Frédéric de Coninck et Francis Godard.)

miers. Mais si le professionnalisme du biologiste médical s'est retrouvé dans les habits du chargé de mission santé, ce n'est qu'en étroite relation avec la lutte contre le sida et pour les droits des malades ; en d'autres termes, par la médiation du registre sociopolitique de l'expérience.



P. Paradis

Une gestuelle de la solidarité, tel est le troisième motif biographique qui trouve à s'accomplir dans cette sphère de la santé mentale en construction. L'accès aux droits ne suffit pas à la caractériser, car il y a une façon de prendre en charge cet accès, une manière « d'accompagner vers » qui suppose une proximité tout à la fois temporelle et corporelle. Cette gestuelle se singularise dans l'articulation des dimensions biologique, psychologique et sociale de l'existence d'autrui, et dans son déploiement tant dans la relation avec les usagers, les interactions avec les médecins, que dans la confrontation à la sphère institutionnelle et politique. Transporter les gestes d'un monde à l'autre, c'est ce que permet encore le flou de la mission<sup>6</sup> en ouvrant les conditions d'un déplacement, dans un cadre professionnel, d'une solidarité jusque-là pratiquée bénévolement auprès des personnes atteintes du sida. Dans le passage d'un cadre d'expérience à l'autre, les reconfigurations de l'activité semblent être

moindres pour Thierry qu'elles ne le sont au même moment pour Albert. Leur binôme nous apprend que la forme des trajectoires, entre carrière et reconversion, n'épuise pas la question de la continuité, que celle-ci n'est pas toujours là où on la met. Pour un professionnel « établi », déplacer son exercice depuis l'institution thérapeutique vers les espaces profanes de la santé mentale, sur les scènes ouvertes du développement social urbain, peut le conduire à tordre son métier et engendrer plus de remaniements identitaires que le processus par lequel un militant de la cause du sida professionnalise dans un champ d'intervention émergent les modes opératoires et les postures acquis dans l'engagement humanitaire.

### Les épreuves biographiques comme ressources d'action

C'est dans l'expérience de *l'altérité*, radicalisée par un milieu constitué de traditions hétérogènes que désormais, plus que dans la proximité géographique, Albert situe « le local ». L'engagement biographique s'opère dans la mise en réflexivité des attachements du passé, à partir des situations du présent. De telles occurrences peuvent transformer des traits biographiques *a priori* problématiques en ressources pour l'action. C'est à leur niveau, précisément, que nous repérons les points de nouage entre les deux trajectoires.

*L'épreuve de la précarité* en est un bel exemple. Chez Thierry, elle renvoie tout d'abord à celle du poste, dont la reconduction des financements n'est jamais assurée. Or, cette précarité de la mission fait écho à celle la trajectoire, qui s'est formée autour de ce motif, la précarité statutaire incitant à la mobilité pour en sortir, en accédant à des cadres d'emploi de moins en moins incertains. De cette trajectoire fragmentée, Thierry a acquis un réseau qui lui sert d'appui pour accomplir une mission aux contours flous. Cette trame relie les différents espaces, locaux et délocalisés de l'action publique, et contribue ainsi à faire tenir un milieu composite et structurellement aléatoire.

*L'épreuve de la déspecialisation* évoque à son tour, comme par ricochet, celle de la mission, puis celle

6. À la manière dont Gilles Jeannot qualifie l'indétermination des objets et des positions de ceux dont le travail entretient un rapport étroit avec la chose publique.

de la trajectoire de Thierry. Celle-ci était partie d'un univers hautement spécialisé en biologie humaine, elle atterrit dans une sphère d'activité qui n'utilise et ne reconnaît la compétence sanitaire acquise au cours du cursus antérieur qu'après l'avoir identifiée *in situ*. S'il a une culture médicale, Thierry n'est pas médecin, ce qui lui permet de se désaisir des situations auprès d'eux, tout en étant capable de parler avec eux. Telle est la double ressource qu'il représente pour un atelier santé ville, mais surtout, si l'on s'en tient au récit, pour les personnes aidées. À défaut d'être spécialiste, endosser le rôle de représentation de « *l'intérêt des usagers* », tels l'envers et l'endroit d'une même médaille, cette situation récurrente du parcours de vie illustre le retournement positif de l'épreuve. N'être ni médecin, ni travailleur social n'est pas toujours confortable. Mais cet entre-deux confère une neutralité permettant de faire ce que les agents des services sociaux n'osent manifester pas faire. Il ouvre un espace de transversalisation à l'heure où la problématique de l'écart, qui sépare les institutions et les publics, est devenue une clé de lecture commune aux problèmes multiples et variés que doit prendre en charge un atelier santé ville. Or, cette déspecialisation fait courir le risque d'annuler la distance face à une demande sociale qui est comme un puits sans fonds. L'épreuve de la déspecialisation est aussi celle de la proximité.

À nouveau, dans les creux de la trajectoire se forment les pleins d'une autre. Le processus de déspecialisation qui caractérise le parcours professionnel de Thierry convoque, à son apogée, la spécificité de regard qui s'est vue symétriquement renforcée au fil de la carrière d'Albert. Car la diversification des intervenants en santé mentale lui ont donné un autre pouvoir, celui d'avoir à défendre la spécificité de ce qu'il appelle toujours « *nos patients* », et qui s'exerce « *par la connaissance que l'on a et que*

*l'autre n'a pas* ». De la déspecialisation, émerge la spécificité.

### Conclusion

Pour Albert comme pour Thierry, le parcours qui mène vers cet univers hybride de la santé mentale a engagé une part de soi-même. Leur engagement emprunte des déclinaisons variables, selon les points de départ et les contextes professionnels traversés. Toujours corrélé à une nécessité d'interprétation personnelle de l'activité, il vient le plus souvent pallier une absence de prescription. Mais parfois, aussi, contenir un cadre qui s'est mis à négliger les dimensions fondatrices de l'institution. Ce pourrait être le cas d'Albert dont la trame biographique est faite de l'attachement au cœur du métier, déterminant l'adhésion à l'institution, non pour celle-ci mais pour ce qu'elle devait garantir historiquement et qui est en train de lui échapper : une éthique de la personne et la prise en compte d'une spécificité de la souffrance psychique. Ces dimensions négligées par l'institution sont au centre des obstinations durables, que la confrontation avec les espaces ouverts de la santé publique locale, marqués par la précarité de ses dispositifs, conduit à réactiver et à réaffirmer.

Ces deux démarches croisées révèlent la dimension subversive et le potentiel critique de la précarité. Investir collectivement sur des épreuves, fondées pour une partie d'entre elles sur du bricolage et sur des parcours maladroits, tel est le défi qu'elles révèlent en même temps que l'inégalité des positions sociales dans le relèvement de ce défi. Car ce binôme donne un aperçu de la distribution de la précarité au sein du réseau local de santé. Les enjeux forts de prévention semblent s'être déplacés à l'endroit où sont concentrées la fragilité et l'indétermination des statuts, tel un envers de l'expérimentation.



# ••• Un psychiatre bien à sa place

Paul Bretecher

Psychiatre,  
Corbeil-Essonnes.

## Scène 1 : Un psychiatre au Trésor Public

**Un mercredi après-midi, en février 2007, je me retrouve dans un grand couloir dans les étages du bâtiment du Trésor Public à Evry. Je suis convoqué à 16 heures par la commission qui statue sur les demandes d'échelonnement des dettes sociales et fiscales des entreprises. Je vais y défendre le dossier d'Agapes, entreprise d'insertion bien mal en point, qui doit alors quelques 36 000 euros au Trésor Public et à l'URSSAF. Les huissiers sont à nos trousses. Ce rendez-vous est celui de la dernière chance. La commission a pris du retard et je patiente un peu tendu. Dans la petite salle d'attente ont pris place des commerçants, des chefs d'entreprises accompagnés de leurs experts-comptables et de leurs avocats.**

Chacun passe à son tour. Je me demande ce que l'on me réserve. J'entre enfin dans la pièce où m'attend le "jury" composé de 5 personnes dont l'interlocutrice, à qui j'ai déjà eu l'occasion de présenter notre dossier.

Elle s'est toujours montré bienveillante, et cette fois encore me met à l'aise : avant de me donner la parole, elle résume en deux mots l'objet de ma démarche en insistant sur l'originalité du projet que je défends. Je fais alors mon exposé, plus convaincant sans doute quand je parle d'insertion que lorsque j'aborde les questions économiques. Et je comprends alors que ceux qui me font face savent très bien que je ne suis pas un expert de la finance, que je ne suis pas là pour « finasser », ou pour dissimuler quelques bénéfices non déclarés, que l'association n'est pas prétexte à l'enrichissement personnel de quelques-uns et que j'ai déjà mobilisé bon nombre d'institutionnels afin de pallier au déficit. Ils ne chercheront donc pas à me mettre en difficulté et au vu des garanties présentées, pourtant encore aléatoires, m'encourageront à persévérer

dans mes démarches, avec à l'appui, l'acceptation de notre échéancier.

## Scène 2 : Un psychiatre au buffet de l'inauguration de l'hôpital sud francilien

Un mardi de juillet 2007 a lieu la « pose de la première pierre » du futur hôpital Sud Francilien. Tout le gratin administratif et politique du cru est réuni : 600 convives participent à cette inauguration. Sur le terrain vague du chantier, un barnum a été installé, un orchestre donne le ton, une myriade d'hôtesse attend les officiels, les tapis rouges sont déroulés. Par l'entremise du directeur de l'hôpital, c'est Agapes qui va réaliser le buffet. Nous commençons à peine à entrevoir la fin de nos difficultés économiques. L'enjeu est de taille. En tant que président de l'association qui, ce jour-là, passe avec brio l'épreuve de l'insertion en acte sous les "sunlights", je devrai, après les allocutions, quand les orateurs en seront au champagne, faire ma tournée des poignées de mains. Cela peut être utile pour des rendez-vous ultérieurs.

Mais, envers du décor, beaucoup plus tôt dans la matinée, j'aurais déjà retroussé les manches, et, dans un rôle très différent, œuvré avec les autres, sous la houlette d'un vrai pro, à la finition des plats. En terme de production, ce geste n'est peut-être pas déterminant, quoique, parfois, le confort dans un tel contexte de travail puisse aussi dépendre d'une implication en nombre. Mais c'est surtout, à tort ou à raison, une façon de montrer à l'équipe que l'engagement effectif dans un projet passe aussi par une capacité à partager l'attention au détail.

## Scène 3 : Un psychiatre institutionnel dans un lieu d'insertion pour le travail

Simon a 35 ans. Depuis neuf mois il est employé en insertion à Agapes. Il y occupe un poste de barman. Il est très satisfait de cette place, et à la fin de son contrat, dans un an, il aimerait travailler dans un café à la mode comme ceux qu'il fréquente parfois près de la place de la Bastille. C'est un jeune homme discret, un peu taciturne qui s'entend bien avec tout le monde.



Il a été adressé à Agapes par un service de reclassement professionnel des personnes handicapées. C'est à la suite d'un grave accident qu'il sera hospitalisé en psychiatrie, cet accident ayant mis à jour des difficultés imputées jusque-là à sa consommation régulière de cannabis. Depuis, il poursuit une psychothérapie, et bénéficie d'une allocation aux adultes handicapés.



F. Subra-Beillard

Si pour Simon à Agapes tout se passe au mieux, ce n'est pas tout à fait l'avis de son responsable de salle. Ce dernier, chef de rang formé chez les grands traiteurs parisiens a toujours travaillé depuis son apprentissage à 16 ans. Il a le même âge que Simon et nous a rejoint il y a peu, par choix, très critique sur les méthodes de management en cours dans les grands groupes hôteliers.

Il était donc a priori bienveillant vis-à-vis de Simon à qui il avait envie d'apprendre le métier. Mais Simon est un intermittent du travail. Très souvent, sans prévenir, il fait faux bond, et quand il vient, c'est en général avec une heure de retard : « Sa moto n'a pas voulu démarrer, le copain qui devait la réparer n'était pas disponible, le train de banlieue avait une avarie, son réveil n'a pas sonné... ». Manifestement, Simon ne partage pas la même temporalité que son

responsable, et ce dernier, pourtant compréhensif, finit par en prendre ombrage. La relativité du temps, d'accord, il sait que ça existe, mais il ne faut quand même pas exagérer. Il en fait part au cours d'une réunion mensuelle qui rassemble l'encadrement de l'entreprise d'insertion et à laquelle j'assiste. La discussion s'engage alors sur le sens à donner à ces manquements remarquables. Sont-ils le signe d'une arrogante paresse ou un symptôme des difficultés de Simon? Le bon sens s'en tiendrait à la première version. La clinique oriente vers la seconde.

Et, peu à peu, le point de vue du formateur, soucieux de transmettre des habiletés et d'inculquer des règles va s'élargir en intégrant quelques nuances inspirées par la psychopathologie. Dans les jours qui vont suivre, c'est sur un tout autre ton qu'il évoquera avec Simon les embarras qui compliquent l'existence d'un barman en apprentissage.

### Retour réflexif sur ces épreuves

Président d'association, militant « petites mains », psychiatre institutionnel, voilà les trois fonctions que j'occupe à Agapes régulièrement ou à l'occasion. Président d'association ou « militant petites mains » sont des rôles qui ne demandent a priori aucune formation professionnelle spécifique. N'importe qui pourrait les occuper. N'importe quel notable ayant pignon sur rue, a fortiori s'il est quelque peu responsable politique, peut assumer la charge d'une association qui se préoccupe du handicap, fut-ce du handicap psychique. Dans certains contextes électoraux, ce n'est pas forcément mal venu. Un cadre infirmier, un éducateur-chef, mais pourquoi pas un enseignant, un employé de banque ou un conseiller général, pourrait très bien remplir cette fonction. Quant au rôle de militant (nommé plus souvent bénévole aujourd'hui), il est encore plus ouvert à ceux qui, quelles qu'en soient les raisons, sont prêts à s'investir pour une cause qui jouxte l'humanitaire. Assimilée au handicap, c'est-à-dire prise sous l'angle du « désavantage social », la maladie mentale plutôt que la folie, peut stimuler la fibre associative de personnes très diverses touchées directement

ou non par les formes d'exclusion dont elles sont régulièrement l'objet. Seule l'intervention comme psychiatre institutionnel paraît correspondre à ce qui colle avec les prérogatives du métier. Dans ce cas, on conclura qu'un psychiatre qui participe à une réunion à dates fixes, à laquelle sont présents un cuisinier, un chef de rang et une secrétaire aide-comptable, témoigne ainsi d'une préférence pour une pratique inspirée par la psychothérapie institutionnelle. Il y a en effet belle lurette que, depuis peut-être Saint Alban, et sûrement La Borde, des réunions à vocation clinique acceptent en leur sein, tous les intervenants, labellisés ou non par les facultés ad hoc, concernés par l'accompagnement d'une personne en souffrance psychique.

Rendre compte de mon investissement dans ce dispositif original qu'est Agapes, entreprise d'insertion accueillant des personnes soignées en psychiatrie, reviendrait donc à décrire pourquoi et comment j'en suis venu à assumer des rôles politiques ou militants, non spécifiques de ce que l'on attend d'un psychiatre et qui, pourtant, sont indissociables d'une certaine conception du métier. Cependant, si chaque itinéraire est singulier, et si telle ou telle orientation est comme une sorte de pli biographique personnel dans un entrelacs de possibilités socio-historiques déterminées, ma position, dans ce contexte précis, n'est pas si originale que ça.

Quelle est donc l'entreprise à laquelle je m'attelle ? Une des manières de répondre à cette question serait peut-être de situer l'engagement qu'elle requiert dans une trajectoire, qui, déplacée d'un espace de soin du service public à un autre, se caractériserait par les réponses apportées en action et qualifiées d'« épreuves de professionnalité », identifiées aux choix cruciaux que doit effectuer tout intervenant en psychiatrie, consciemment ou non, pour mettre en œuvre ce qu'il considère comme le propre de sa fonction soignante. Ces choix sont dictés par l'incompatibilité des différents modèles professionnels de référence dont il dispose, les contradictions inhérentes à son champ d'intervention, les nécessités de conserver son idéal du métier et des marges d'autonomie par rapport aux contraintes (organisationnelles, économiques, juridiques, politiques) qui pèsent sur lui.

Ainsi, parmi beaucoup d'autres options, doit-il choisir entre attention à la clinique et objectifs de santé publique, respect du soin et visées "managériales" de l'établissement, colloque singulier et travail en réseau, etc.

Pour ma part, si à l'aune du schéma proposé je considère mon parcours marqué par un engagement dans la recherche de réponses non coercitives aux états de crise, puis par le travail d'insertion, ce à quoi je m'attache actuellement, je repèrerai quelques prises de position déterminantes qui conditionnent sans doute ma pratique, au prix, nécessairement, de tensions plus ou moins fortes quand elles sont mises à l'épreuve de la réalité du terrain.

Pour beaucoup, proposer du travail à des personnes désœuvrées du fait de leur pathologie, s'apparente à une "normalisation" illusoire ou forcée. Il y a à cela de multiples raisons, fondées d'ailleurs, si l'on s'en tient à l'histoire des technologies disciplinaires, de l'asile à l'usine, dans leurs versions anciennes ou beaucoup plus modernes. Mais cette prise de position qui n'est pas sans pertinence à l'égard du taylorisme ou du management centré sur des objectifs individualisés, fait alors l'impasse sur un autre versant du travail, radicalement différent du précédent: celui que défendait par exemple François Tosquelles, promoteur de la psychothérapie institutionnelle, et qui invitait à le considérer comme un moyen d'expression situé dans un système d'échanges, au même titre que le langage. Il rappelait aussi que le travail n'est pas forcément régi par le « chacun pour soi » et le poids des hiérarchies, mais qu'une longue tradition s'est battue pour qu'il soit organisé dans le respect des principes de la coopération. On sait qu'aujourd'hui des chercheurs en psychopathologie du travail confirment l'importance de ces données fondamentales pour l'équilibre psychique des salariés. Dans cette acception alors, au lieu d'envisager le travail comme une simple machine à produire, procédant par conditionnement normatif, on pourra le concevoir comme un étai à l'affirmation subjective, en même temps qu'un vecteur de socialisation.

Encore faut-il déterminer à quelles conditions

(économiques, juridiques, matérielles, humaines), il peut garder cette valence expressive et être organisé sous les auspices de la coopération. Mais ceci posé, rien n'est évidemment réglé. Car construire un cadre de travail répondant à de telles exigences ne va pas de soi. Très vite deux termes de réalité vont tempérer l'utopie:

- premièrement, le souci de rentabilité, si pour une part, la viabilité de ce type d'entreprise dépend de ses résultats économiques. Car dans ce cas, si elle reste peu ou prou soumise aux lois du marché, celles-ci risquent fort d'infléchir insidieusement son fonctionnement, son organisation, ses objectifs, au détriment du bien-être de ses animateurs-bénéficiaires.

- deuxièmement, en supposant que l'on parvienne à surmonter ces contraintes qui conditionnent son existence, comment articuler cette forme d'espace transitionnel avec le monde ordinaire du travail auquel, un jour ou l'autre, les employés en insertion devront se confronter ? En gros comment passer des compromis qui ne seraient pas l'annonce de futures compromissions ? Or il semble bien qu'il n'y ait pas pléthore de réponses à ces questions, et, pour les concrétiser, il faut nécessairement se faire démarcheur. L'équation est relativement simple : la soumission de telles initiatives aux lois du marché

est inversement proportionnelle aux soutiens publics ou privés qui leurs sont accordés, c'est à dire de la hauteur des subventions ou des aides dont elles bénéficient. Cela ne s'obtient pas d'un coup de baguette magique. Il faut aller les chercher, les justifier, les préserver, protester à l'occasion, mobiliser des alliés, marchander des contreparties, débattre et faire preuve d'opiniâtreté. Or, comme on le sait, les gouvernements changent, et avec eux les mesures, les circulaires, les règles qui encadrent les pratiques. Les fonds alloués en faveur de l'insertion fluctuent alors au gré de ces décisions. Dans la durée, comme ne manque jamais de me le rappeler l'expert-comptable qui vérifie nos bilans, le président est donc condamné à sans cesse remettre en jeu son pouvoir de conviction. Même chose en ce qui concerne le milieu ordinaire de travail : pourquoi accueillerait-il des personnes à problème s'il n'y voit pas son intérêt ?

Qui saura lui démontrer qu'un peu d'humanité n'est pas un facteur de risque conduisant à la faillite, et qu'une attention aux plus fragiles est toujours bénéfique à l'équilibre de tous ?

Mais pour ce faire, il faut accepter de s'aventurer au-delà des territoires traditionnellement dévolus à la pratique des soins.

# ••• Un style de travail en épreuve permanente

**Daniela Cesoni**

*Psychologue,  
Présidente  
de l'Association  
Drogues et Société,  
Créteil.*

**Dans ma vie et dans mon expérience professionnelle de psychologue et psychothérapeute engagée « en première ligne » en psychiatrie et en toxicomanie, j'ai eu, à 20 ans, la chance de participer au mouvement des années 68-77 en Italie.**

**Je n'oublierai jamais ma première épreuve dans l'asile de Mombello (Milan) où on a été appelé par une lettre adressée au Mouvement des étudiants de l'Université Statale par les patientes d'un pavillon et leur médecin.**

**Nous avons travaillé comme volontaires à Mombello pendant deux ans, après avoir « forcé » la permission du Directeur de l'asile... épreuve de force d'un mouvement collectif mais aussi apprentissage de relation « hors-norme », de négociation institutionnelle, d'auto-organisation en petits groupes.**

C'était ma première expérience professionnelle (le rôle du psychologue n'étant pas encore reconnu dans les services publics en Italie), suivie par un « stage » volontaire dans l'H.P de Gorizia, transformé par Franco Basaglia en communauté thérapeutique, la seule étape qui lui fut permise avant de pouvoir ouvrir totalement et dépasser l'institution totale de l'asile à Trieste (1978).

La deuxième grande épreuve, liée à l'espoir et au désespoir des « années de plomb » en Italie (1978-88), a été pour moi l'effort de tenir ma « posture » personnelle et professionnelle pour traverser la crise du mouvement : crise subjective et collective, répression politique... et le désastre de se confronter aux ravages de l'héroïne...

Le temps pour « pratiquer l'utopie » semblait à jamais révolu. Il fallait renforcer la « boîte à outils »

avant qu'elle ne soit remplie par les nouvelles technologies de gestion du social, ou vidée par le pragmatisme « psy » américain qui actuellement colonise les nouvelles « machines institutionnelles ». Qu'était devenu le temps où David Cooper et Félix Guattari participaient au contre-congrès sur la folie (Milan, 1972) ?

## **Prise en charge au quotidien face aux règles institutionnelles : peut-on négocier ?**

En 1980, je me suis retrouvée à Paris. Pendant 10 ans, je me suis confrontée aux problèmes de pauvreté et d'abus de drogues (héroïne-sida) dans la banlieue sud-est de Paris. Durant les quatre premières années, j'ai travaillé dans un Foyer de post-cure en Val de Marne : un « appart » hébergeant 10 jeunes usagers d'héroïne, sortant d'un sevrage en hôpital, avec une équipe de 8 intervenants (2 psy, 3 infirmiers, 3 éducateurs) tournant au même titre dans les 24 heures, sous un éducateur-chef, un psychiatre responsable de la structure et une psychologue pour les réunions de synthèse.

La prise en charge des jeunes était sûrement démocratique mais strictement liée à des règles parfois en contradiction avec l'expérience concrète et le suivi au jour le jour des intervenants. Nous étions 4 intervenants (sur 8) à partager nos impatiences face à des modes de prise en charge trop institutionnels et enfermés dans une approche clinique. Nous essayions de partager les moments concrets de réussite ou d'échec, apparemment petit ou banal, dans le court délai des « passages de consignes ». On prolongeait le temps du travail par des échanges qui donnaient un sens et de la continuité à notre travail « en relais ». Cela était mal vu par nos chefs et par les autres collègues qui ne partageaient pas notre souci. Encore aujourd'hui, dans les structures d'accueil ou d'hébergement en psychiatrie, toxicomanie, enfance... au moment de la relève, sauf pour ce qui concerne les consignes et les règles, aucun temps formel n'est reconnu pour l'échange de savoirs et savoir-faire entre intervenants. Dans les réunions de synthèse, nous avons « utilisé notre alliance » en posant des questions et des réflexions élaborées ensemble, et nous avons ainsi



conquis le droit de négocier des règles trop figées, notamment autour de l'application de la règle majeure : « si tu rentres défoncé, tu es exclu pour toujours du foyer ».

Depuis mon retour en Italie en 1990, avec Lisette Moulié, psychologue exceptionnelle dans sa capacité à adapter dans une perspective clinique des stratégies diversifiées d'accompagnement social, nous avons ainsi consolidé un style de travail qui nous a permis ensuite de créer, à la demande de la municipalité de Créteil, un service pilote de prise en charge, sur le territoire, des problèmes de toxicodépendance.

### **La chance d'innover nous met-elle à l'épreuve ?**

L'opportunité était historique : les années 1980 ont permis des expériences d'innovation dans le travail social. La responsabilité était grande, le financement de la Mairie de Créteil -et donc l'équipe de « Drogues et Société »- très petit. Relever le défi impliquait de savoir analyser des demandes complexes et différenciées selon les besoins et les intérêts, ou selon les exigences d'ordre et de sécurité des uns et des autres.

En mai 1985 « Drogues et Société » a ouvert son accueil appelé « Epice » à la Maison des associations de Créteil, avec le défi de recevoir les jeunes héroïnomanes d'origine française et maghrébine dans un espace ouvert et vitré, au vu et au su de tous. Comment faire pour que des jeunes issus de quartiers « à mauvaise réputation » viennent dans un lieu de citoyenneté ? Sûrement pas en restant derrière un bureau...

On s'est donc déplacé dans les quartiers, on a contacté les structures existantes, on a organisé des petites fêtes sur les places, on a amené des jeunes sans aucune ressource à manger avec nous à la cantine de la Mairie ... On a alors demandé et enfin obtenu des tickets-repas pour certains jeunes avec lesquels nous avons réussi à construire un suivi structuré.

Ce sont les jeunes qui nous ont « accueillis », qui nous ont permis de faire un « diagnostic de terrain », qui nous ont montré leur « galère », qui se sont positionnés comme personnes-relais et source de connaissances.



L. Zwarycz

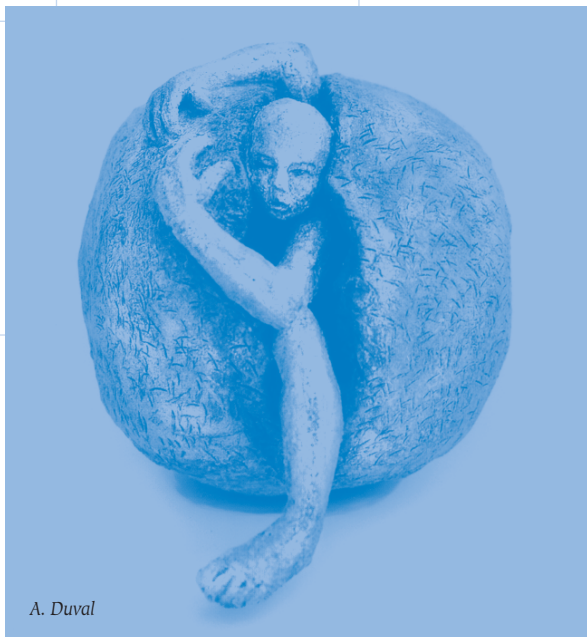
### **Avec Mustapha : une descente en enfer**

J'avais lu dans les journaux que des « toxico » habitaient dans les caves des tours de banlieue. Mais voir et vivre la situation réelle est autre chose. Je me demande encore si cette épreuve concernait simplement la réalité ou relevait en partie d'une « comédie de l'art »,... de l'art de survivre.

Mustapha était un jeune maghrébin de deuxième génération, refusant de demander son permis de séjour parce qu'il se considérait justement français, issu d'une famille avec 7 enfants, dont 4 toxicomanes. Il m'a conduit un jour pour voir où il vivait ; il m'a entraînée en bas, au plus profond des caves d'une tour, dans des couloirs noirs... Je le connaissais bien mais j'étais quand même affolée par cette descente jusqu'à un petit espace, un matelas par terre, une caisse de fruits comme commode. Il a allumé une bougie dans le silence. Il pleurait. En réaction de défense –personnelle ou professionnelle ?– j'ai pensé à un chantage pour trouver un hébergement.

Une de nos pratiques, la plus difficile, était en fait de trouver un foyer, un lieu à la campagne, des fois un

petit hôtel (minable à cause du budget), pour permettre un moment de répit, pour éloigner de l'environnement lié aux drogues, pour commencer un stage ou un travail. Cette pratique a été la plus critiquée par les collègues des centres cliniques spécialisés : payer un hôtel et donner de l'argent de poche, faire confiance à un toxico qui dépensera le tout en drogue ! Aujourd'hui la Mairie nous a mis à disposition des « studios » pour l'hébergement social.



A. Duval

Il fallait, pour nous comme pour les usagers, « sortir de l'enclave », faire valoir les difficultés et les résultats obtenus, faire connaître le parcours réalisé avec les jeunes.

Nous avons défendu le sens et les résultats de nos pratiques considérées « sauvages » dans les réunions mensuelles à la Ddass, et sommes arrivés en deux ans à être reconnus et financés comme service public.

Après tout il reste en moi un doute : est-ce que je

me suis laissée entraîner par Mustapha ? Entraîner par l'affectif, par la « séduction du toxico » ?

Certes, je suis restée en deçà d'une réalité qui nous dépasse. Mustapha est mort -comme beaucoup de nos jeunes- du Sida, mais il avait bien le droit de « m'arnaquer », si jamais il l'a fait, pour sortir de l'enfer.

### **Une contamination positive**

« Drogues et Société » a fêté en 2005 ses vingt ans d'activité ; actuellement l'équipe est constituée de 12 personnes dont trois sont là depuis le début, témoins d'une histoire et d'une continuité dans tous les changements et de l'adaptation des pratiques en phase avec l'évolution des problèmes réels.

Ce type de politique solidaire qu'il faut construire ou défendre, a été formalisé en Italie par la « loi 328 » qui prévoit des « districts » de plusieurs communes pour programmer ensemble services et ressources sur le territoire. La difficulté, dans les rencontres de programmation qui voient la présence de fonctionnaires administratifs, de représentants de coopératives et de responsables de services, est bien celle d'apprendre à négocier à partir de besoins réels et non de s'accaparer du pouvoir et des financements. En Italie, les coopératives de type A (qui gèrent des structures et des services) et de type B (d'insertion au travail des publics en difficulté) représentent ce qu'on appelle « le privé/social, il privato/sociale »

qui devrait offrir des services en support des espaces vides laissés par le public et qui devraient évidemment y être coordonnés, chose qui n'est pas évidente... Mais il est intéressant de considérer que, dans le champ de l'intervention sociale, le choix de plusieurs coopératives a été un travail territorial de type participatif et communautaire, une « contamination positive » des expériences les plus avancées de la psychiatrie critique inspirée du mouvement désinstitutionnel de Franco Basaglia.



La patientèle recouvre toutes les catégories sociales mais avec une forte représentation de la population précarisée et/ou issue de l'immigration. Il s'agit d'une consultation « tout-venant », accueillant toutes les situations cliniques.

Mes débuts au Centre me laissèrent l'impression d'entrer dans la jungle du quotidien des patients. À côté de « psys » et de travailleurs sociaux au style d'explorateurs « livingstoniens », opéraient des psychothérapeutes réservés et sérieux, qui considèrent ma neutralité scolastique plutôt suspecte et me la renvoyèrent comme un manque de formation.

Je ressentis moi-même assez vite le besoin de disposer d'un outil théorique approfondi et cohérent pour mener des suivis au long cours. Les grands courants psychothérapeutiques m'apparaisaient de plus en plus utiles et réducteurs à la fois. Seule la philosophie semblait pouvoir me sortir de l'impasse. C'est ainsi que j'ai opté finalement pour la phénoménologie clinique et philosophique qui ne m'a plus quittée.

Au fil des années, j'ai développé une approche thérapeutique personnelle qui privilégie l'attention au vécu, l'exploration du monde du sujet, la question du sens du déséquilibre psychique en lien avec le sens de l'existence, dans le cadre d'une relation thérapeutique qui ne cherche pas à exacerber le transfert mais plutôt à développer un partenariat aux côtés du patient dans cette quête de sens qui nous concerne tous.

Cette approche m'a parue particulièrement féconde avec les justiciables.

### **La situation initiale : le justiciable est un patient comme les autres**

Les patients aux prises avec la justice obéissaient ou n'obéissaient pas à l'injonction de soins, sans plus. Ils étaient peu contrôlés, plutôt encouragés à faire une démarche dont on n'était pas trop sûrs qu'elle soit possible ou utile. La prescription de soins s'inscrivait, semble-t-il, dans l'idée qu'on ne sait jamais... Quelques-uns venaient ; beaucoup ne venaient pas. Ceux qui consultaient venaient pour eux, s'étaient réapproprié la demande d'une manière ou d'une autre. Les thérapeutes n'avaient pas de

# Retour sur expérience : l'évolution du travail clinique avec les délinquants sexuels, dans le contexte belge

**En démarrant ma vie professionnelle, je disposais d'un diplôme universitaire en psychologie, de deux diplômes complémentaires (l'un en philosophie, choisi pour disposer d'un outil critique par rapport à ma formation de base ; l'autre en sexologie clinique, qui m'intéressait par l'approche radicalement interdisciplinaire qu'il proposait pour aborder cette dimension fondamentale de l'être humain) et d'un troisième cycle qui privilégiait l'apprentissage des techniques et méthodes de recherche.**

**Depuis 20 ans, mon travail de psychothérapeute s'inscrit dans le cadre d'une consultation générale pluridisciplinaire dans un Centre de Santé Mentale sectorisé<sup>1</sup> à Bruxelles.**

Christine Kept

Psychologue, Bruxelles.

comptes à rendre et avaient très peu de contacts avec les autres intervenants.

Ces patients intéressaient peu de thérapeutes. Leur réputation les précédait. Leurs actes étaient leur carte de visite. Pour les psychanalystes, ils étaient considérés comme ayant en général peu d'introspection. Aux yeux des comportementalistes, ils présentaient peu de capacité d'apprentissage et donc de changement. Pour les systémiciens, la famille était évidemment peu encline à se mobiliser dans de tels contextes. Pour tous, ils étaient dangereux et donc plutôt indésirables.

1. Il s'agit d'un service public, subventionné par la Région.



Les premières observations m'amènèrent aux constatations suivantes : je fus frappée par la diversité des demandes, des structures de personnalité, des comportements et des risques. C'est également la diversité des ressources thérapeutiques qui me marquait ainsi que celle des résultats. J'en retirais essentiellement le sentiment d'une grande complexité du sens du passage à l'acte et la conviction de l'importance de l'élucider en tant que symptôme à rapporter à une structure de personnalité pour enrayer les récidives et faire œuvre utile pour les victimes.

Au niveau de la pratique clinique, je me trouvais dans une situation duale avec un cadre transférentiel classique. J'ai bien sûr observé très vite la difficulté de maintenir le cadre, la tendance aux manipulations, mais également le nombre élevé d'interruptions, la difficulté d'interroger les faits. Très peu de justiciables venaient consulter malgré l'injonction, très peu continuaient la thérapie, les résultats thérapeutiques étaient le plus souvent décevants. A ce stade, pour moi, les justiciables étaient bien des patients comme les autres mais qui, plus que d'autres, confrontaient les cliniciens à leur ignorance, à leurs limites et à la part sombre de leur humanité.

### **Le temps de l'épreuve : le justiciable devient une question clinique**

En 1996, l'affaire Dutroux provoque un véritable séisme en Belgique. Les lois sont modifiées à de multiples reprises. Les délinquants sexuels sont considérés comme des malades et n'échappent plus au traitement contraint. Mais tous les autres justiciables se voient également imposer de plus en plus souvent un traitement et sont plus surveillés. Les consultants de ce type augmentent automatiquement. Le thérapeute est décrété « spécialiste » dans les textes de loi et doit rendre des comptes alors qu'il est traditionnellement tenu au secret professionnel le plus absolu. La demande du consultant en devient de plus en plus problématique. Qui demande quoi ? Qui est contraint à quoi ? Dans ce contexte, le stéréotype se radicalise : pour beaucoup de thérapeutes, ces patients n'ont pas de demande, pas de souffrance, pas de potentiel d'évolution, sont dangereux et récidivistes, bref,

concernent la justice et non pas la santé.

Dans un contexte où les différentes approches cliniques sont peu convaincantes, beaucoup de thérapeutes brandissent l'étendard de l'éthique et particulièrement l'importance du secret professionnel pour justifier leur désengagement. Toute forme de « collaboration » est traduite dans l'esprit d'après-guerre comme « passage à l'ennemi ». Le débat prend souvent une tournure passionnelle.

Je fais alors différents constats. Je suis tout d'abord marquée par l'exacerbation des tensions entre les acteurs de terrain des deux bords (justice/santé), la méconnaissance du travail de l'autre, de ses difficultés, l'ignorance de sa logique de travail et le refus de la trouver sensée. Les intervenants se retrouvent prisonniers d'une image stéréotypée de leur fonction, souvent disqualifiés dans leurs compétences, et ne communiquent que leurs revendications amères. Sans doute, le caractère multidisciplinaire d'une partie de ma formation m'a-t-il préservée de certaines impasses. Je trouvais normal de ne pas être comprise.

A tous les niveaux, c'est la violence qui me marque : violence des échanges et des prises de position, violence qui s'est déplacée du justiciable vers les intervenants judiciaires et psychosociaux.

Les justiciables, quant à eux, sont « désubjectivés », tant par la justice que par la santé. Ils sont devenus « le problème de l'autre ».

Globalement, on traverse une longue phase où l'on déploie une énergie considérable à justifier l'inaction ou à s'agiter de manière opportuniste.

Pour échapper au risque de démotivation, faisant fi d'une longue tradition du clivage, je décide alors de ne plus discuter de ces questions avec les thérapeutes du champ ambulatoire mais de renouer des contacts professionnels actifs avec les cliniciens du secteur de la justice, essentiellement ceux du milieu carcéral, que je considère en l'occurrence comme les plus « spécialisés ». Il m'apparaît fondamental de créer des ponts entre le champ de la justice et celui de la santé en utilisant le levier de la formation commune comme possibilité de dialogue fructueux.

Ces rencontres furent extrêmement productives et stimulantes pour les différents acteurs de terrain. Le partage des observations à partir de champs

d'intervention différents a permis de réhabiliter chacun aux yeux de l'autre et d'approfondir la clinique. Des petits groupes de travail se sont multipliés. Ils ont contribué à faire sortir de l'ombre des travaux cliniques et théoriques de ceux qui avaient le plus d'expérience de tout ce qui touche au passage à l'acte : la psychopathie, la perversion, les victimes, les violences familiales... tout ce dont la société, et avec elle les cliniciens, n'aimaient pas entendre parler. Les études de cas ont été menées de manière transversale et ont fait naître des formes d'interventions cliniques nouvelles. Chacun a dû prendre la peine d'expliquer ses contraintes et sa logique de travail. On s'est mis à réfléchir à différents modèles de partenariat, à l'importance et aux limites de « coordinations », à la gestion du secret partagé... Bref, le travail en réseau était né.

En renonçant à des prises de positions « intégristes », il a été possible de trouver progressivement des modalités de « fonctionnement » qui tendaient à mettre en place des compromis entre les exigences sociales nouvellement légalisées et les exigences éthiques et déontologiques traditionnelles de la santé mentale.

A ce stade le justiciable n'était plus ni sujet ni objet, il était devenu une question : une question clinique d'abord, mais aussi peu à peu une question de société.

### **Le nouvel équilibre : le justiciable est un homme comme nous tous**



D. Fermond

Pour traverser ces années de turbulence, c'est surtout à mes formations complémentaires que je m'étais accrochée solidement. La sexologie m'avait aidée à envisager la multidisciplinarité au sens large dans un domaine traditionnellement livré à la séparation des champs d'intervention. La philosophie m'avait permis d'avoir une approche clinique ouverte et allait m'aider à réfléchir aux enjeux du travail en santé mentale.

Jusque-là, en tant que clinicienne, je m'interrogeais sur la situation **patient-soignant**. A partir d'une crise de société, j'ai été amenée à m'interroger sur la relation **patient-société-soignant**.

D'abord pour **le patient** : le justiciable est-il un malade, un patient, un bouc émissaire ? La loi qui le disait autrefois malade ou responsable de ses actes le décrète à présent malade et responsable à la fois, pour souligner le caractère insensé d'actes que l'on veut inexcusables. Le malade ne s'en est-il pas finalement trouvé « re subjectivé » et le justiciable pris en compte dans sa complexité psychique ? Le travail clinique avec ce qu'il peut comporter de responsabilisation n'y a-t-il pas gagné un nouveau souffle dynamique dans des situations où il se trouvait particulièrement figé ?

Au niveau thérapeutique, la mise en lumière des problèmes de triangulation de ces structures de personnalité a permis de réaliser que les prises en charge traditionnelles dans une relation duale et un transfert classique ne représentaient effectivement pas un cadre thérapeutique favorable pour faire évoluer ces patients tenus pour responsable de l'absence de résultats. La tripartite patient - thérapeute - justice, qui apparaissait tellement conflictuelle et anti déontologique au départ, a été peu à peu appréhendée comme une opportunité d'inscrire d'emblée le travail thérapeutique dans une relation triangulaire pour le patient aux prises avec ces difficultés spécifiques. A ce niveau, le travail avec les justiciables n'a-t-il pas servi également la santé mentale dans son ensemble ?

Ensuite pour **le soignant**. Les cliniciens se sont sentis instrumentalisés dans l'urgence par les prises de décision politiques et bafoués dans leur éthique.

Mais n'avaient-ils pas perdu de vue qu'ils avaient toujours été tolérés moyennant services bien définis rendus à la société ? N'avaient-ils pas toujours été utilisés comme des garants de l'ordre public ? Les progrès scientifiques avec le sentiment de toute puissance qu'ils peuvent conférer, ne leur avaient-ils pas fait oublier cette part d'aliénation indépassable à toute vie en société ? Fallait-il s'en offusquer, le déplorer ou au contraire y voir l'inconfort nécessaire et utile à toute évolution du métier ?

En ce qui concerne le lien soignant-patient, la question de la contrainte à se soigner, au cœur de tant de débats, n'a-t-elle pas permis de prendre conscience qu'outre les justiciables, quantité de consultants venaient sous la pression de leur entourage ou d'autres professionnels, sans que cela préoccupe beaucoup les soignants ? La liberté de consulter si chère aux thérapeutes est bien souvent une illusion. Est-elle vraiment une valeur dans tous les cas de figure ? Sur le plan thérapeutique, le fait qu'avec les justiciables la demande soit devenue un travail en soi, n'a-t-il pas bénéficié à tous ?

Enfin pour **la société**. Le capitalisme triomphant n'a-t-il pas abouti à une société essentiellement

paranoïaque, de plus en plus sécuritaire, dont le slogan majeur est « tolérance zéro » ? Et voilà sa belle image ternie par les malades mentaux et/ou les délinquants. Dans ce contexte, les délinquants sexuels qui portent atteinte à l'idéal de pureté favorisant l'avènement de l'enfant-roi sont devenus les nouveaux monstres. Cette société qui se pense invincible doit avaler les échecs et les impasses de la contrainte et du contrôle. Quelle plus belle opportunité les cliniciens pourraient-ils trouver pour montrer que nos choix de société ont toujours un prix à payer et pour dénoncer l'illusion de toute puissance, renouant ainsi avec ce qui est au cœur-même du travail thérapeutique ?

En bousculant le fonctionnement social, les justiciables ne dénoncent-ils pas inlassablement la relativité de nos idéaux et la précarité de nos modèles sociaux, au regard de la difficulté du vivre-ensemble ?

Ne sommes-nous pas au cœur-même de notre métier quand nous avons l'occasion de dire, comme clinicien et comme acteur social, que ceux qui perdent pied nous parlent de nous, de ce que nous sommes devenus au fil de l'Histoire et nous interrogent sur ce que nous voulons devenir ?





## Trajectoires personnelles et construction d'un collectif

**Loïs Ramos** : Je suis comédien et metteur en scène, et je travaille depuis quelques années en milieu dit « spécialisé ». J'étais prof de théâtre au centre culturel d'Écouen, dans le Val d'Oise pas très loin de Moisselles. J'animais un atelier d'amateurs adultes et dans cet atelier-là, il y avait une élève particulièrement motivée par le théâtre qui était stagiaire à l'hôpital de Moisselles. C'est elle qui m'a annoncé qu'on y recherchait quelqu'un pour ouvrir un atelier. Et ce fut pour moi comme une évidence. On ne vient pas à la psychiatrie par hasard. Mon grand-père maternel était psychiatisé à Lisbonne. Je garde des images assez horribles de cet asile psychiatrique. Enfant, je ne comprenais pas pourquoi mon grand-père était là alors que je le trouvais particulièrement bien. Venir à l'hôpital, c'est comme une revanche contre la psychiatrie. Je viens proposer à ces personnes des fenêtres sur l'enfermement.

**Charlotte Renck** : Je suis comédienne ; je fais aussi de la mise en scène. Ce qui m'intéresse beaucoup dans les ateliers que j'anime depuis quelques années, c'est à la fois la relation à l'autre et la transmission par l'enseignement.

Au fil des rencontres et des connaissances, je suis arrivée dans les milieux du soin et j'ai été amenée à travailler auprès de personnes en difficulté. J'ai animé un stage de théâtre et vidéo en hôpital psychiatrique. Lors d'un atelier, j'ai rencontré Benjamin, un jeune garçon en grande difficulté et très inhibé. J'ai pris le temps d'établir une relation avec lui ; je lui ai porté beaucoup d'attention ; je prenais plaisir à lui transmettre quelque chose. C'est grâce à cet atelier théâtre que ce jeune garçon a eu un déclic. Une telle expérience m'a vraiment poussée à continuer dans ce milieu-là.

À Soins & Culture, j'ai été co-animatrice de l'atelier d'écriture. Pour l'année 2008-2009, je crée un nouvel atelier : l'atelier « Imagine », à la lisière du conte, de l'écriture, de l'image et surtout de l'imaginaire. Depuis peu de temps, j'entame une formation en

# Les artistes praticiens de l'imaginaire

Six artistes qui s'investissent humainement ainsi que par leur art et leur talent auprès d'adolescents en grande difficulté et en souffrance (près de 200 depuis fin 2002) et mettant à mal les dispositifs de soutien scolaire, d'aide éducative, de soins médico psychologiques. Soins & Culture<sup>1</sup> fait le pari des médiations artistiques pour trouver le chemin des fondamentaux : respect de soi et de l'autre, sentiment de dignité, cheminement personnel entre droits et devoirs. Il s'agit de rétablir du lien, afin que ces jeunes se mettent en capacité de concevoir un projet de vie, afin que principe de réalité et principe de plaisir fassent sens pour chacun.

Laurent **Dodivers**,

Geoffrey **Ducas**,

Sarah **Koudlanski**,

Fabienne **Meunjuc**,

Loïs **Ramos**,

Charlotte **Renck**.

art-thérapie, car en tant qu'artiste, ça m'intéresse de plus en plus d'utiliser ma médiation dans ces milieux.

Comme le disait Loïs, ce n'est pas un hasard si on y vient. Je crois beaucoup à la relation à l'autre, au temps que l'on peut leur consacrer et à la créativité qu'il peut faire naître.

**Laurent Dodivers** : Je suis intervenant en art plastique à Soins & Culture, et je suis aussi intervenant en Bandes dessinées dans un centre d'animation de la ville de Paris.

Travailler avec des jeunes est lié au fait d'être artiste... qui est lié à ma jeunesse. Je suis devenu artiste pour me protéger. J'ai dessiné dès que mes mains m'ont permis de le faire et je me suis beaucoup enfermé dans le dessin pour contenir tout ce que j'avais envie de dire. J'ai travaillé dans un collège en tant que surveillant ; j'ai donc toujours été très lié à l'enfance.

D'ailleurs, j'ai été éducateur sportif de foot auprès

<sup>1</sup> Soins & Culture, Association La Licorne, 2, rue Danton, 92230 Gennevilliers. Soins & Culture lie par convention, sur le territoire du 1er secteur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent des Hauts de Seine, l'Association La Licorne, l'Education Nationale, la Protection Judiciaire de la Jeunesse, l'Aide Sociale à l'Enfance, le service de pédopsychiatrie, et, récemment, le DERPAD. Il s'agit de mise à disposition de moyens, essentiellement par des détachements de personnels à temps partiel.

de jeunes. En tant qu'éducateur sportif, je me demandais l'intérêt d'entraîner des jeunes qui, d'évidence, étaient « mauvais », qui, a priori, ne deviendraient jamais bons. L'éducateur avec lequel je travaillais m'a répondu qu'il fallait continuer d'entraîner ces jeunes, car on ne savait jamais à quel moment ils auraient le déclic. Cette histoire de déclic m'a beaucoup interpellé. Arrivé sur Paris, je me suis orienté vers la musique. Je suis aujourd'hui auteur-compositeur-interprète, et toujours plasticien. C'est une amie travaillant à la Protection Judiciaire de la Jeunesse qui m'a dit qu'on cherchait un praticien pour animer un atelier.

**Fabienne Meunjuic** : Je suis danseuse contemporaine, performeuse, diplômée en danse-thérapie. C'est ma deuxième année à Soin & Culture. Ma première expérience en psychiatrie en tant qu'artiste a eu lieu à l'atelier du Non Faire de Maison Blanche, auprès de Christian Sabas. Ce fut pour moi d'une grande richesse tant au niveau artistique qu'au niveau humain ; j'y ai découvert la peinture qui m'a permis de développer ma créativité et, surtout, j'ai pu comprendre que chaque « art » offre la possibilité d'exprimer des parties de soi spécifiques et uniques. Nous étions tous -soignants, patients et artistes- de cet atelier, dans un processus de création, face à nous-mêmes, dans un partage de l'instant présent. A ce moment-là, pour moi, il m'est clairement apparu que je souhaitais garder la créativité comme moteur de mon approche. Je ne souhaitais plus enfermer l'être dans une pathologie mais au contraire l'ouvrir aux possibles de « transformation » et de « reconstruction » de soi que l'art procure. Danser a toujours été pour moi un besoin « vital », une autre façon d'être au Monde, en lien avec l'autre et soi-même. Ici, dès le premier entretien, j'ai été très touchée de voir qu'on privilégiait l'art avant tout, même si nous restions dans un cadre de soin. Je suis très heureuse de pouvoir chercher comment la Danse peut faire lien avec le monde et chacun de ces jeunes qui ont perdu ce lien.

**Sarah Koudlanski** : La première approche des hôpitaux psychiatriques que j'ai eue s'est faite au travers

de ma famille. Mon grand-père travaillait comme infirmier à l'hôpital de Clermont de l'Oise, puis mon oncle l'a suivi. Ma mère, elle, y était couturière ... Elle s'occupait du linge des patients. A son retour du travail, elle me racontait les crasses qui pouvaient avoir lieu entre les soignants. J'avais l'impression d'un monde horrible où l'on parlait mal aux patients. Ceux-ci étaient bousculés comme du bétail au milieu de guerres intestines ... C'est donc une image un peu dramatisée, mais tout de même très négative, que j'avais de la psychiatrie.

Je suis devenue comédienne et metteuse en scène, et c'est ma rencontre avec Loïs qui m'a fait venir à l'hôpital de Moisselles. C'était fascinant pour moi de voir ces personnes en difficulté qui portaient un imaginaire si fort. Ils m'emportaient ailleurs, ils avaient une grande sensibilité et s'exprimaient réellement avec ce qu'ils étaient, avec leur vécu, leurs déchirures. Ils étaient là, entiers, sans tricherie. Sur scène, avec eux, il y avait une évidence de théâtre, une force émotionnelle. Après, j'ai animé un atelier d'écriture à l'hôpital de Moisselles. Loïs m'a parlé ensuite de Soin & Culture qui cherchait un artiste pour l'atelier écriture.

Ce qui m'a plu très vite et que je n'ai pas trouvé dans les autres institutions, c'était qu'on allait construire un projet ensemble. Ce n'était pas une commande, c'était vraiment un projet d'élaboration collective sur le soin, échanger des réflexions pour et avec les jeunes. A chaque fois, j'ai l'impression d'être sans filet. Il faut être présent réellement.

### **Apprivoisements et rebonds**

**Sarah** : Pourquoi ces jeunes me touchent-ils autant ? C'est parce qu'avec eux, on prend du temps pour s'apprivoiser.

**Loïs** : Oui, il est bien question de s'apprivoiser. Au départ, les jeunes viennent avec leurs appréhensions, leurs peurs et leur non désir. Ils renvoient leurs souffrances. Mais si on arrive à lire entre les lignes, très vite on voit qu'il y a du possible. Il y a des regards qui se posent, une envie de faire quelque chose.

**Sarah** : Je pense que c'est vraiment un art du jonglage. Je suis arrivée et l'on m'a dit que j'allais travailler avec des jeunes qui pourraient être suivis par la justice et qui sont déscolarisés pour la plupart. La première année, je ne me suis pas dit : « je vais entrer en confiance avec les jeunes ! » Je me suis dit, « aïe ! Je suis une femme ! ».

Dès le premier atelier, j'ai été dans une espèce de séduction, pas une séduction féminine, mais dans une forme d'humour. On engage une partie de ping-pong ; j'ai essayé à travers ce qu'ils apportent de créer un contact, de rebondir toujours.

**Loïs** : La relation se construit vraiment au fil des séances. En travaillant avec les jeunes, on apprend à les connaître et, réciproquement, ils apprennent à nous connaître. Mais d'emblée, ce n'est pas évident. Au départ, on se retrouve avec un groupe anonyme qu'il va falloir séduire, à qui l'on va donner envie dans sa globalité. Ensuite se dessinent dans ce groupe des particularités. On va justement essayer de créer du lien et essayer de répondre de façon plus personnelle à chacun.

**Sarah** : C'est ça la capacité de la relation à l'autre ; c'est de l'instinct, on arrive avec notre histoire, notre vécu et on va répondre du tac au tac. On avance parfois comme sur un terrain miné.

**Fabienne** : Ce que je trouve à la fois merveilleux et très engageant pour chacun, c'est que le lien ne se fait pas par la parole, dans un premier temps, mais par le corps. Alors, tout de suite, c'est une autre relation qui s'instaure de corps à corps. Je propose, dans un même atelier, des exercices en groupe, puis en solo, puis en duo et trio, ce qui permet à chacun de non seulement être dans un mode de relation qui lui convient bien à un moment donné, mais aussi d'explorer d'autres schémas dans lesquels il est moins, voire pas du tout à l'aise. Et dans ces cas-là, c'est la danse qui peut devenir le moyen de dépasser cette difficulté. Parfois, ça ne prend pas, et c'est souvent lorsque le médium ne convient pas au jeune. Ça ne fait pas corps. Cette année, je me suis ouverte à leur univers musi-

cal, qui devient une enveloppe sécurisante qui leur permet davantage de s'explorer eux-mêmes et de se risquer à Être tout simplement.

### Il faut qu'il y ait de l'art

**Loïs** : Ici, on va tenter de répondre de façon différente et inédite. Pour nous, artistes, il faut qu'il y ait art, cela justifie notre présence. Il faut qu'on arrive à être dans la création. On apporte un décalage avec ce qu'ils vivent par ailleurs. Cela les déstabilise et permet de créer des passerelles.

L'objet, c'est de pouvoir faire ! Faire du théâtre, de l'écriture ou du dessin. Pendant la séance, on ne pense pas d'abord à un spectacle. L'artiste porte en lui cet objectif de spectacle, mais il va emprunter des chemins de traverse. On va s'adapter à chaque situation. Il faut que l'atelier puisse exister. On va essayer de transcender la pulsion de destruction. L'art est construction.

**Sarah** : Par exemple, quand je leur donnais un thème d'écriture, au début c'était assez froid ; puis, progressivement, comme on travaillait en tête-à-tête, on arrivait à créer un lien. Progressivement, ils se débloquent et l'écriture arrive. Après, bien sûr, il y a d'autres choses qui se jouent ... des transferts. Le fait de venir de l'extérieur, d'être artiste et de se présenter comme tel, il y a quelque chose qui se crée tout de suite.

**Laurent** : Oui, il y a une imagerie de l'artiste.

### Positionnements

**Sarah** : A Soins & Culture, il y a un cadre général au projet, mais on a une liberté totale dans les ateliers. On nous fait confiance. Cette confiance, les jeunes la ressentent, et la rencontre est possible. Je suis mon propre matériau, je réagis avec ce que je suis, avec mon histoire, mon amour de l'écriture, mes limites ; mais on va m'aider, la supervision mensuelle aide à comprendre et pas à juger. On n'enferme pas. Cela donne le droit à l'erreur, on peut dire au jeune qu'on peut se tromper.



**Loïs** : Dans le cadre de certains ateliers, en hôpital psychiatrique, des patients pouvaient faire penser qu'ils dérivait quand ils allaient loin dans l'improvisation. Les soignants présents -qui participaient au même titre que les patients- étaient tentés de mettre des freins, comme si ça ne se faisait pas : Attention, danger ! Ce qu'ils font sur scène est peut-être un symptôme de leur folie. Alors que moi, avec mon expérience de metteur en scène, je sentais intuitivement que leur proposition était juste et répondait aux cadres de l'improvisation.

L'art bouscule, et dans les institutions il bouscule un certain regard que portent les soignants sur les patients et ce n'est pas toujours facile pour les soignants d'accepter de laisser parfois de côté leurs expériences ou leurs connaissances des malades. L'artiste lui, donne licence au patient, non pas de délirer, mais d'expérimenter. On va leur dire : oui, c'est poétique ; on va rebondir sur leurs propositions. On tend une oreille attentive à leur univers intérieur, à leur chaos. L'artiste fait avec le chaos. On va transformer cela positivement, le mettre au grand jour. Un public va applaudir cela. C'est une démarche qui les transfigure.

**Laurent** : ... Je dirai même plus. J'ai l'impression que c'est ce qu'on vit nous en tant qu'artistes. Certains nous prennent justement pour des gens un peu spéciaux. Quelque part on rend à ces jeunes cette capacité à être autrement et de pouvoir en vivre.

**Sarah** : L'art est une réelle nécessité, c'est notre message. D'une certaine manière, on transmet au jeune que même si on est à part, on n'est pas à part. On a notre place dans cette société, on peut construire quelque chose et y mettre notre pierre. On montre au jeune que même avec une histoire ou un parcours atypique, on peut s'en sortir et choisir une voie qui nous correspond.

**Laurent** : Dans mon atelier, il y a un immense respect entre les jeunes et moi, les jeunes et les autres adultes et les jeunes entre eux. Cela me fait penser à un jeune. Il est venu dans mon atelier

après deux années de théâtre avec Loïs. Il a dû se dire : ces gars sont costauds, mais ils se font respecter sans cogner. J'ai senti chez lui la surprise de découvrir cela.

**Loïs** : Ce qui est marrant d'ailleurs chez ce jeune-là qui est vraiment une armoire à glace, c'est que la première année au théâtre il a incarné un personnage de petite vieille. Figure de la vulnérabilité même, cette petite vieille se faisait piquer son sac à main ! Donc pour ce gars viril, physique, montrer sa vulnérabilité au travers d'un personnage c'était déjà une démarche énorme.

Je rejoins ce que disait Sarah sur les parcours atypiques : À l'origine il y a une faille, un décalage, une non adaptation à la société. On observe la société parce qu'on n'est pas complètement impliqué dedans. On essaie de comprendre la relation des uns et des autres. C'est avec ces observations que l'on fait notre métier, qu'on va pouvoir composer des scénettes de théâtre. On cherche toujours des réponses personnelles. Les jeunes en face ressentent cela. D'autant plus qu'on prend le temps de discuter avec eux, pas seulement d'eux mais aussi de notre parcours. Et c'est là qu'on se rejoint, de là que naît la complicité.

### **Et ceux qui ne sont pas des artistes**

**Loïs** : L'aventure « Soins & Culture » est particulière, une expérience à part où se mélangent des gens, artistes ou non, pour faire quelque chose ensemble. Chacun apporte son expérience, mais pas seulement. Il y a une grande écoute, une envie de découvrir, une ouverture qui permet de faire de manière originale. Il s'agit d'accepter d'ôter sa casquette de soignant, d'enseignant, de travailleur social, pour aller sur des sentiers que l'on maîtrise moins. C'est remarquable ; il y a cette envie forte de faire différemment.

**Laurent** : Dans mon atelier, j'aborde les adultes participants de la même manière que les jeunes. Ces adultes professionnels font relais, font le pont. Ils ont des choses à dire ! Dans l'atelier, certains adultes ont des difficultés en art plastique, ils ne dessinent

pas très bien. Cela met à mal l'idée que l'adulte sait tout faire contrairement au jeune qui lui ne saurait rien faire !

J'ai l'exemple d'un jeune qui m'a pas mal secoué à une période où je ne voulais pas créer. À l'atelier, je me contentai de chapeauter en passant de l'un à l'autre. Ce jeune, sans doute par provocation, a souligné que c'étaient eux les artistes ! Il a fallu que je recadre, en faisant un beau dessin, et là tous les jeunes étaient contents : « Effectivement tu dessines mieux que les autres adultes, c'est toi, l'artiste ! »

**Sarah** : Mes co-animateurs témoignent eux-mêmes d'un réel désir d'écriture. M-F a découvert l'écriture à l'atelier et depuis, elle écrit des contes pour une petite-nièce. Je me rappelle de C-B, une co-anima-trice qui avait eu des difficultés avec l'écriture ; elle n'est pas revenue l'année suivante. Elle disait : « Je ne peux pas continuer cet atelier avec les jeunes si moi-même je n'arrive pas à avoir cette rencontre avec l'écriture. Je me sentirais fausse dans la relation que je pourrais instaurer avec eux ». Chez les co-animateurs, il y a ce désir de faire « accoucher » le jeune, mais aussi le désir d'« accoucher » quelque chose de soi.

### Choc des cultures professionnelles

**Sarah** : Ce qui est différent avec Soin & Culture, c'est la réflexion, les fondements de la construction. On élabore des projets ensemble, puis l'association trouve des fonds pour les réaliser. On est loin de l'institution comme force d'inertie, productrice d'usure. Ici on ne se dit pas d'emblée : « c'est impossible ! ». Pour preuve : la réalisation sous chapiteau « Les jeunes traces » en juin 2008, la réalisation en

ce moment d'un film documentaire pour un large public de professionnels et de profanes, si possible pour la télévision (sortie fin 2009), le projet d'édition d'un livre.

L'artiste peut se renouveler avec les jeunes si, personnellement, il se ressource. La routine est mortifère.

**Charlotte** : Pour moi aussi, mon parcours dans Soin & Culture a été une bulle de protection. Le cadre c'est essentiel. Je pense qu'il faut le respecter tout en sachant qu'on va le dépasser, c'est inévitable. Le projet chapiteau, c'était sortir du cadre, c'était un événement qui fait partir ailleurs. C'est réfléchi et construit ensemble ! Ainsi, dans l'atelier écriture : la façon de s'exprimer est différente à chaque fois. Faire avec eux, partir d'eux et voir où cela nous mène, c'est très riche, cela fait partie de la créativité. Cela m'aide énormément de travailler au contact de ces jeunes, car l'un nourrit l'autre.

**Sarah** : Je me rends compte que les artistes qui ont pu durer ont une réelle volonté de comprendre le soin. J'ai envie de comprendre les dérèglements, les fêlures, d'observer les manières de faire. Cela me bouscule. Ici on peut critiquer. J'aime bien réfléchir, comprendre ; tout cela m'interpelle. C'est cette ambivalence, d'un côté mon instinct et de l'autre cette envie de réflexion, d'analyse des moteurs humains qui fait que je me sens si bien à Soin & Culture.

Propos recueillis par Claude Louzoun



# Communautés, santé mentale et diversité : l'expérience de Bradford

Philip  
Thomas

**Au Royaume-Uni, le développement communautaire est un élément clef dans le plan d'action gouvernemental pour combattre les discriminations et les inégalités dans les services de santé mentale.**

Patience  
Seebohm

Paul  
Henderson

**Le projet de Sharing Voices, présenté ici, pose la question des nouveaux métiers dans des contextes qui allient santé mentale, diversité culturelle et développement des communautés d'engagement.**

Carole  
Munn  
Giddings

Salma  
Yasmeen

**C'est une illustration spécifique et particulière de l'empowerment et de l'advocacy.**

musulmane, le quatrième plus haut pourcentage du Royaume-Uni. La population irlandaise est relativement faible (0,74%), ainsi que celle des noirs issus des Caraïbes et de l'Afrique (0,65% et 0,21%).

La communauté musulmane a acquis une notoriété dans la presse nationale depuis les années 80 quand elle a pris part à nombre de protestations publiques. En 1989, le livre de Salman Rushdie, *Les versets sataniques*, mis au feu dans la ville, et le soutien de la fatwa iranienne ont été à l'origine d'un tollé au niveau national. Bradford était devenu le centre de ce qui fut nommé *fondamentalisme* ; avec le soutien de l'Irak dans la crise du golfe, des suspensions mutuelles se sont développées localement entre les communautés, les médias nationaux, les institutions publiques, depuis le gouvernement jusqu'à la police. En 2001, les émeutes de la ville ont exacerbé les tensions inter communautaires. Le racisme a été identifié comme une des premières causes de tension dans les communautés et dans les services de santé mentale.

L'islamophobie a augmenté à travers le Royaume-Uni après les attentats à la bombe de Londres en juillet 2005. Les événements nationaux et locaux ont créé des sentiments d'injustice, de colère et de blessures dans la communauté de Bradford et dans tout le Royaume-Uni.

## Populations et communautés à Bradford<sup>1</sup>

L'histoire de Bradford s'est faite avec des gens venant de tous les endroits du monde pour soutenir son industrie ou pour échapper à des troubles dans leur propre pays. De nombreuses populations du Sud-est asiatique ou afro-caribéennes ont répondu aux avantages proposés pour travailler dans l'industrie textile et dans les services publics tels que le service national de santé (NHS), mais aussi dans les transports. D'autres populations sont venues d'Europe, d'Afrique et du Moyen Orient. Aujourd'hui, 92 groupes ethniques sont recensés à Bradford. La ville a été décrite comme une cité fragmentée dans laquelle les communautés sont profondément atomisées (Cantle, 2001). La population de 468 000 habitants comprend 14,5% de pakistanais, 2,7% d'indiens, et 1,1% de bengladi<sup>2</sup>. Un peu plus de 16% de la population est de confession

## La peur des services de santé et de santé mentale

Les soins aux personnes issues de « BME groups » (Black and Minority Ethnic groups) variaient de l'insuffisance à la négligence sérieuse. Le système destiné à aider, est perçu comme aliénant, reproduisant le racisme et la discrimination à l'œuvre dans la société. En conséquence, l'accès aux services est souvent un dernier recours, par temps de crise, laissant peu de marge pour une négociation au sujet du traitement qui relève du « mental health act ».

De nombreuses personnes issues des « BME groups », non seulement ont peur des services de santé, mais sont aussi dans une carence d'information sur les problèmes de santé mentale, par ailleurs profondément stigmatisés au sein de leur communauté.

1. Bradford est une ville située dans le Yorkshire de l'Ouest en Angleterre, au Royaume-Uni

2. Bradford Metropolitan Borough Council, 2001, Census.



### L'individu n'est pas compris et le traitement n'est pas apprécié

Ceux qui ont accès à des services de santé mentale ne se sentent pas en sécurité et sont peu disposés à parler ouvertement. Aussi, les professionnels, travaillant sous la pression, ont peu d'opportunité pour identifier les problèmes sous-jacents et comptent lourdement sur la médication, dont les effets peuvent être à la fois effrayants et indignes dans l'immédiat (effet « zombie ») et à plus long terme.

*« Perdu dans l'étendue sauvage*

*Tout espoir est parti*

*Des voix persistantes et me poussant vers le bas*

*Pompé par les médicaments*

*Dépouillé de mon identité*

*Un champ de zombies au fond de mes yeux, je ne me connais pas*

*Je n'ose pas faire mention des pensées qui courent dans ma tête*

*Au cas où ils me prendraient et que je finisse par mourir » (Sarwar, 2005)*

Les gens issus des BME décrivent leur problème en associant les tensions quotidiennes de leur vie avec les tensions familiales, les conflits spirituels, le chômage, le racisme, le logement, la pauvreté et la solitude. Les jeunes gens peuvent être sous pression depuis leur plus jeune âge. Beaucoup ont le sentiment que la « possession » par des esprits diaboliques joue un rôle majeur (Bibi, 2002). Ils peuvent chercher de l'aide parmi des guérisseurs avec des succès variables.

Nombreux sont ceux qui veulent changer l'orientation générale des services et trouver des options alternatives qui leur soient adaptées.

Des recherches sur les usagers des services ont montré que les interventions non médicales telles que les activités physiques, les nourritures spirituelles, les arts créatifs et le travail bénévole contribuent de façon significative au rétablissement des personnes atteintes d'une maladie mentale. Nombre d'entre elles, issues des minorités culturelles, préfèrent ces approches à celle de la médication. De nombreux espaces offrent ce type d'oppor-

tunité au sein des secteurs institutionnels comme bénévoles. Il apparaît que les personnes issues des « BME groups » ont moins bénéficié de ces changements que la population générale. Peu participent aux mouvements des usagers. Beaucoup ne souhaitent pas être identifiées comme usagers de services de santé mentale, ou sont réticentes pour accéder volontairement à des projets publiquement reconnus comme ciblant des personnes ayant des troubles mentaux.

Aujourd'hui, les politiques de santé mentale insistent sur l'importance de services d'usagers pour se faire des amis, prendre part aux activités sociales ordinaires et pour avoir du travail.

### Une perspective critique à l'intérieur des services de santé mentale

Depuis quelques années, certaines personnes, à l'intérieur de la psychiatrie, ont questionné le rapport établi entre les manières standard de travailler et celles issues de cultures non occidentales. Des membres du Collège Royal de Psychiatrie ont apporté leur soutien aux mouvements qui ont promu de nouvelles manières de penser. Ainsi, le Collège Royal de Psychiatrie et l'Institut National pour la Santé Mentale en Angleterre (NIHME) ont appuyé des débats et des initiatives sur le rôle de la spiritualité dans l'interprétation des crises psychiques et sur la manière dont elle peut être une aide au rétablissement dans les problèmes de santé mentale.

La psychiatrie critique est une réponse à ces sentiments de crainte et de faible compréhension, et rappelle aux services de santé mentale l'impact du colonialisme encore aujourd'hui. Les services sont dominés par les hommes blancs de la classe moyenne et leur manière de comprendre le monde. Cette compréhension étayée de la psychiatrie selon une perspective occidentale globalisante, contrairement à l'opinion populaire, ne s'appuie pas sur un système de croyances neutre ou désintéressé. De plus, le modèle de la psychiatrie est protégé par une base professionnelle puissante, par son propre discours professionnel et par une industrie pharmaceutique de un billion de dollars.



V. Kruch

Des penseurs critiques notent qu'une figure centrale de la perspective occidentale est une valeur qui met le matérialisme au-dessus du spirituel, l'individu au-dessus de la communauté et le rationnel au-dessus de ce qui apparaît comme irrationnel. Cela a pour résultat des écarts, des divisions entre l'esprit et le corps, entre l'individu et la société. Ce focus sur l'individu et la rationalité de la science moderne donne le rôle principal au discours psychiatrique occidental qui insiste sur les troubles biologiques, la maladie et les remèdes chimiques. Ceci peut poser de sérieuses difficultés à de nombreux individus issus de cultures non occidentales qui valorisent les compréhensions spirituelles de la souffrance et qui ne peuvent pas séparer leurs besoins et leurs intérêts de ceux de leur famille.

Dans leur effort pour améliorer les dispositions en vigueur, les psychiatres critiques encouragent les professionnels de la santé mentale à comprendre et respecter les perspectives individuelles en incluant les différences résultant du genre, de l'âge, de l'histoire de la famille des allégeances choisies et des

expériences individuelles. Cette approche doit obliger les professionnels à penser « à l'extérieur de la boîte de Pandore » de leur propre discours professionnel, pour explorer ce qui est important pour l'utilisateur dans son contexte. Cela requiert une habilité à se tenir à côté des modèles, des catégories diagnostic et des techniques thérapeutiques, et à faire un effort pour rester au côté des usagers, individus et groupes. En fait, cela requiert une habilité à s'engager dans un rapport critique avec son propre background professionnel.

Au final, on devrait aboutir à ce qu'il y ait bien deux experts engagés : un professionnel en santé mentale et, à égale importance, la personne souffrant d'un trouble mental.

### **La réponse locale**

Le conseil municipal de Bradford possède une longue histoire de développement communautaire, jusqu'aux réductions financières de 2005. Dans cette ville, la politique du conseil municipal et de partenariat local large se définit par quatre niveaux de travail : l'équité, la participation, les relations entre communautés et la sécurité.

Sharing Voices est un projet de développement communautaire qui a travaillé principalement avec des gens issus de l'Asie du sud, des Caraïbes et de l'Afrique dans la ville de Bradford. Ce projet mobilise le soutien des pairs et l'auto aide (self help). Il existe aussi une forte composante d'engagement à l'aide mutuelle. Sept groupes d'auto aide/aide mutuelle se sont constitués avec et par des gens à partir de *l'expérience directe de la détresse* ; ainsi, les individus ayant cette expérience ont joué un rôle actif dans les activités de développement communautaire. Presque tous les membres des groupes, volontaires ou participants individuels étaient des usagers de soins primaires ou de soins spécialisés en santé mentale, souvent depuis de nombreuses années ; d'autres étaient des soignants. Ils ont décrit leurs expériences comme un projet de réappropriation du pouvoir et beaucoup se sont remis en route à la suite de formation, d'études ou de travail salarié.

L'expérience de *Sharing Voices* consiste dans le fait que de nombreuses personnes se sont bien rendu compte localement de ce qui peut aider à réduire les incidences des troubles mentaux dans leur communauté, mais aussi de ce qui peut aider à les soulager. Souvent, des réseaux informels sont déjà en place. Un manque de ressources et de reconnaissance des forces locales empêche les populations d'organiser des services de soutien substantiels basés sur leur propre expertise.

Les travailleurs du développement communautaire peuvent y contribuer jusqu'à ce que la population locale obtienne les ressources et l'infrastructure dont elle a besoin. En même temps, ces travailleurs peuvent préparer l'accès à des services publics de santé mentale en conjuguant au mieux des expertises très différentes. En reconnaissant la valeur de ces expertises et en montrant un authentique engagement pour augmenter le pouvoir des populations locales afin de mettre en forme et manager leur propre solution, le travailleur de développement communautaire peut échapper au cynisme causé par de nombreux exercices de consultation qui aboutissent à un changement fugace.

### **Savoir faire usage de l'expérience directe**

La peur et la stigmatisation associées à la maladie mentale ont pour incidence la non accessibilité aux services et l'échec de l'aide, spécialement pour les BME groups. Le développement communautaire est chargé de faciliter un accès plus rapide aux services. Par l'exploitation des talents de participants qui interviennent lors de prestations publiques ou chantent lors de diverses manifestations, par l'usage d'une langue et d'un cadre avec lesquels la population peut immédiatement s'identifier, *Sharing Voices* a eu un impact visible sur la population locale. Durant ce travail, on a pu observer des personnes en pleurs après des chants de volontaires et des témoignages personnels lors d'une manifestation locale. Les volontaires sont encouragés à prendre part à des émissions de radio et à parler avec les médias. Si le projet avait eu des ressources, ils auraient pu diffuser plus largement à travers un site internet ou des bulletins réguliers.

Un dialogue ouvert au sein de la population locale augmente sa capacité à mieux connaître ces problèmes et à découvrir des ressources d'aide. Les personnes concernées de ces BME vont avoir alors plus de probabilité d'accéder à une forme de guérison spirituelle reconnue par d'autres membres de la communauté, et moins probablement recourir aux soi-disant « guérisseurs », nocifs parce que capables de fonctionner dans un environnement sectaire.

Une des fonctions du développement communautaire peut consister à soutenir les travailleurs du service national de santé afin d'améliorer leur compréhension des BME groups. Des formations et des présentations par des usagers engagés sont connues pour être plus efficaces que celles des professionnels de développement communautaire ou des porte-parole dissertant sur les besoins des populations locales, selon une étude de l'Institut national de santé mentale d'Angleterre en 2004.

Les usagers des services et les personnels qui ont une perspective critique encouragent les professionnels de santé mentale à reconnaître l'existence et l'importance de compréhensions alternatives au monde qui les entoure. La façon la plus efficace d'aider les gens à accepter la pertinence de voies alternatives de compréhension du monde passe probablement par la narration personnelle. Les récits de leur rétablissement par les personnes elles-mêmes ont déjà aidé de nombreux professionnels de santé mentale à saisir toute l'importance du travail, de l'amitié, d'un chez-soi et d'un revenu décent.

Les conséquences des attentats à la bombe à Londres en juillet 2005 ont pu amener à une conformité externe plus grande des musulmans à l'école et au travail, mais aucune législation ne peut imposer le point de vue du monde occidental dans leurs cœurs et dans leurs esprits. Si les professionnels de santé mentale sont là pour améliorer le bien-être des musulmans et celui des autres populations issues des BME groups, ils doivent tenir compte de la manière dont ils regardent eux-mêmes le monde qui les entoure. Ils ne peuvent le faire seulement par un type d'approche individuelle.

Du point de vue culturel, la formation de la conscience peut provoquer des images stéréotypées si elle échoue à éveiller les intervenants aux complexités profondes qui existent au sein de chaque communauté et aussi à l'intérieur de chacun de nous, alors que quelques personnes ayant l'expérience directe de leur souffrance, en expliquant leurs tensions, leurs problèmes et leur manière de faire face peuvent apporter quelques aperçus dans la complexité de l'identité culturelle et personnelle. Les travailleurs du développement communautaire ont enfin un rôle à jouer en augmentant le niveau de participation publique -notamment par le recours aux « leaders d'influence », mais également en donnant un rôle central aux « experts par expérience »- dans la planification des services. Plus ils gagnent en crédibilité au sein des communautés locales, plus ils seront en capacité d'élever la participation dans les exercices de consultation, en offrant un échange d'information utile mais aucun changement de pouvoir.

Alors, pourquoi se donner tant de peine? Les séminaires de participation de Sharing Voices ont exploré des moyens d'agir plus loin en provoquant un dialogue entre les managers, les usagers et les soignants. Le retour sur expérience montre que ce n'est pas un défi facile, mais montre aussi que progresser sur cette voie est prometteur. Là où les cœurs et les esprits sont engagés, lorsqu'ils reçoivent un soutien dans les processus, les gestionnaires feront plus volontiers un effort pour aller vers les types de changement que les populations locales souhaitent. Le contact direct entre les usagers et les gestionnaires apporte à cette forme de dialogue un pouvoir et une influence qui manquent en d'autres circonstances.

**Texte traduit de l'anglais par C. Laval et Cl. Louzoun à partir d'un extrait du rapport de recherche intitulé : « Together we will change—community development mental health and diversity ».**

**Une copie de ce rapport (120 pages) peut être commandée au Sainsbury Center for Mental Health, 134-138 Borough High Street, London SE11 LB (UK).**





Le rôle institutionnel, garanti par le statut professionnel, est utilisé maladroitement dans un but défensif comme une protection. Voilà ce que constate alors Basaglia.

Mais protection vis-à-vis de quoi ? De l'impact d'une réalité irrépressible qui n'a cessé de se complexifier. La réalité, celle de la misère avant celle de la maladie, envahissant tout, sous les mille visages des désagréments de la modernité, dans la déviance et l'anonymat des villes, dans la mise à jour des parcours institutionnels au travers de nouvelles mesures d'urgence et des vieux modèles camouflés de l'internement. La réalité non « médicalisable », celles et ceux qui sont « *pseudo-malade, pseudo-psychiatrisé, drogué, alcoolique etc.... des personnes qui sont entre la médecine et la justice en cela qu'elles créent des troubles de l'ordre public [...] des personnes qui sont à marginaliser, indépendamment du fait qu'il s'agisse d'individus au minimum malades* ».

Après la loi 180 que se passe-t-il ? Qu'en est-il de cette réalité mouvante ? Pourquoi en 1979, Franco Basaglia accepte-t-il d'aller à Rome afin de travailler sur des nouveaux projets de désinstitutionalisation ? Certes, il s'affronte alors à la fermeture du grand asile de la capitale, mais aussi à la réduction du poids de l'hospitalisation privée dans la région du Lazio. Il a aussi et surtout un nouveau projet visant à déchiffrer les parcours qui partent du malaise des services d'urgence et conduisent directement à l'enfer de la misère urbaine. Franco Basaglia se demande s'il est possible d'influer sur les effets d'abandon de la vie dans la rue, de déviance de la petite criminalité, et de contrôle dans les institutions de ségrégations ; parce que déjà à cette époque, il n'y a plus seulement l'interné qui sort de l'asile avec tous ses besoins (maison, affection, travail, etc...), il y a aussi celui qui n'a pas connu l'asile et qui pourtant se prépare à une vie en marge, avec le risque de finir dans d'autres *institutions totales*<sup>2</sup>.

Franco Basaglia a pressenti combien les professionnels cherchent encore une fois à se protéger de cette nouvelle réalité, qu'ils ne réussissent pas à clarifier ou à maîtriser dans le travail sur le terrain. Ils

## 30 ans après la loi 180 en Italie, crise et opportunités pour les professionnels

### La loi 180 ouvre une crise du professionnalisme

**Au lendemain de la loi 180, il est apparu clairement que le parcours de désinstitutionalisation qui a eu lieu en Italie, a entraîné une crise concernant le professionnalisme de tous ceux qui y ont participé, de l'infirmier au médecin. D'ailleurs cela correspondait exactement à l'objectif poursuivi par Franco Basaglia : l'effondrement de la psychiatrie et de l'asile contraignait à se confronter à un vrai « vide idéologique et institutionnel ». Néanmoins, il est déconcertant d'observer comment, à ce passage, a correspondu un sentiment d'égarement de ceux qui se sont le plus investis dans le changement. Le travailleur perd de son identité professionnelle, le vide l'envahit, mord sa chair<sup>1</sup>.**

découvrent en effet leur inconsistance dans une situation où, à l'écroulement des murs de la psychiatrie asilaire, correspond la fin du professionnalisme. Après cette période de libération, il ne semble plus y avoir d'identité professionnelle, ni catégorie ou savoir qui puissent aider dans une reconstruction possible. Si pour Franco Basaglia, ce vide idéologique représente le moment heureux pendant lequel expérimenter de nouvelles solutions est l'occasion de refondre les corps professionnels et les disciplines et de trouver un nouveau langage qui sache tenir ensemble clinique et politique, il est aussi vrai que tous les professionnels ne peuvent le suivre sur ce chemin. Avec la position de Basaglia, la demande d'un rôle et d'un savoir protecteur, reste sans réponse.

Mario  
Colucci

Psychiatre, Trieste

1. A ce sujet, Basaglia s'interroge avec inquiétude : « Mais que se passe-t-il parfois ? Il arrive que ces mêmes personnes qui ont fini par exercer un certain pouvoir au sein de l'hôpital, qui ont « rompu » avec courage avec les situations les plus enkystées et institutionnalisées et dont tu as l'impression qu'elles sont à tes côtés, tombent ensuite dans l'angoisse et veulent « savoir » pourquoi elles n'arrivent plus à supporter d'être dans la situation. Ils exigent de nous une protection et à travers mille rationalisations, réaffirment pour eux-mêmes et pour les autres un rôle institutionnel ... ».

### Disjonction dans la transmission professionnelle

Bien sûr, les asiles ferment, même si c'est avec une lenteur désespérante. Mais la leçon de Basaglia ne pénètre pas dans les universités, dans les écoles de spécialisations, dans les lieux de formation. Prévaut le triomphe généralisé de tout ce qui a une vague apparence neuro-scientifique, du déficit biochimique, à la vulnérabilité individuelle au stress, de la dissymétrie cognitive aux anomalies morphologiques du *brain-imaging* (imageries cérébrales). Même la tentative de la soi-disant psychiatrie alternative de se maintenir dans l'air du temps à travers l'élaboration de nouvelles modalités d'intervention fondées sur des modèles de réhabilitation psychosociale et sur des programmes de reprise du *déficit*, resté prisonnière de la même logique : les techniques d'adaptation à la normalité, au travers des modules d'entraînement et d'assistance des invalidités, qui ne savent que faire de la spécificité du sujet et de la particularité de sa demande et qui, en fait, remettent à jour d'anciennes formes de tutelles de la société du fou ; non plus l'internement, mais la mise en état de minorité, ou pire, l'exclusion au travers de l'abandon dans la misère. Et quand le patient dérange, il y a toujours le tampon d'un séjour obligatoire dans un service de psychiatrie fermé, de diagnostic et soins.

Une clinique du sujet que Franco Basaglia et les siens avaient concrètement promue au travers du maintien de ses liens sociaux et de la reconstruction de son appartenance à une polis – trouve peu d'application dans la réalité.

Les opérateurs d'aujourd'hui, jeunes ou moins jeunes, qui de cette période de lutte pour la désinstitutionalisation n'ont vécu ni les espoirs ni les humeurs, s'entendent dire sans cesse que tout à été vécu dans ces années-là, quand l'asile ouvrit ses portes et qu'enfin les fous purent sortir dans la ville. Parfois il leur est proposé une lecture toujours identique des événements de cette époque, sans qu'ils réussissent à se construire une juste conscience de comment il est possible de continuer, vu la situation actuelle, une psychiatrie différente. Ils finissent par invoquer une technique et par demander que leur soit reconnue une spécificité d'orientation, un

« objet de travail » propre. Ils refusent la coparticipation des intelligences et n'en perçoivent pas les avantages, comme la création de nouvelles formes organisationnelles, le partage des charges, la sortie de l'auto-référencement des institutions et l'éloignement du risque de « burn-out »<sup>3</sup>.



V. Champetier

### L'extra clinique abandonné à de nouveaux opérateurs ?

En Italie, au milieu des années 90, s'est imposé un modèle de réorganisation d'entreprise des Unités Sanitaires Locales. Ce changement a focalisé encore plus les missions d'assistance sanitaire vers des procédures, des prestations, des protocoles, des vérifications de qualité, en somme à la résolution la plus rapide et la moins coûteuse possible des problèmes au travers de programmes. En psychiatrie, cette solution rapide coïncide avec la mise au silence du symptôme, certainement pas avec la reconstruction de l'histoire de vie. Le contexte, dans lequel le mal-être naît et se développe, recueille peu d'attention de la part de l'opérateur, seulement quand celui-ci s'y applique au travers d'un modèle psychothérapeutique spécifique, de toute manière non applicable à tous. La pratique de l'intervention sur le territoire a dû se confronter à une modification historique de la demande, comme Franco Basaglia l'avait déjà pressenti. De nouvelles populations et de nouveaux besoins se pressent aux portes, les risques augmentent de dérive sociale, même pour

3. Cf. l'article de Bertrand Ravon dans ces Cahiers.

des catégories de citoyens qui, avant, en semblaient indemnes. A cause de l'élargissement de la pauvreté à la classe moyenne, la même demande d'intervention thérapeutique se transforme, toujours plus centrée sur les pathologies du « vide » et de la « dépendance ». Pour ne pas parler des immigrés, des personnes âgées, des sans domicile fixe, de la multiplication de solitudes diverses et variées.

La renonciation à l'extra clinique, au temps de vie à passer avec les personnes souffrantes, les adressent aux mains d'autres personnes, peut-être non professionnelles. Il s'agit de ceux qui travaillent dans le privé/social, dans la coopération, dans le volontariat civil, de plus en plus présent dans les lieux de soin et dans les expériences communautaires, même si souvent dépourvu de mandats institutionnels précis. Précaires ou en formation, en tout état de cause rétribués de manière inadéquate, parfois victimes de dynamique de frustration et de désinvestissement, ces opérateurs sont toutefois capables d'assumer une fonction thérapeutique plus souple et universelle, peut être due à l'absence même de définition de leur rôle. Elles sont adaptées pour se mettre à côté de la personne, pour l'accompagner, pour servir de médiateur dans les relations avec autrui et pour l'introduire dans le monde. En définitive, pour construire du lien social travaillant sur le sens des règles d'une communauté et élaborant des solutions créatives au quotidien.

### **Une opportunité historique pour les professionnels de santé mentale ?**

La question qu'il faut se poser est la suivante : comment les professions ont-elles réagi à ces transformations ?

Les opérateurs « historiques » de la santé mentale, les médecins, les psychologues, les infirmiers finissent par se cantonner à travailler le plus souvent sur les situations de crise ou à haute conflictualité sociale, où la pression d'alarme de la communauté pousse à une intervention fortement médicalisée, souvent face au désengagement d'autres compétences non sanitaires alors que tout bien considéré, cette situation nouvelle pourrait représenter pour les professionnels une extraordinaire opportunité

de travailler à nouveau sur l'extra clinique. Car ces demandes qui ne sont pas adressées à la psychiatrie, en absence d'autres réponses possibles, arrivent quand même à la psychiatrie. Ces dernières années, à Trieste et en Italie, avec divers projets, on a cherché à emprunter le chemin de l'intégration socio sanitaire et de la concertation des programmes et des aides allouées, sous réserve de bonnes lois et réglementations, aussi bien au niveau national ou régional. On a recherché à lire les besoins complexes et sans réponse de la partie défavorisée de la population en partant du risque constant qu'ils rencontrent : la fragmentation des réponses ou mieux, la séparation constitutive de milieu (social ou sanitaire plutôt que social et sanitaire ensemble) qui font de ces demandes comme des billes folles rebondissant d'un secteur à l'autre de l'assistance. L'intégration socio sanitaire se propose au contraire d'aller vers l'utilisateur, de l'aider dans la recherche de réponses cohérentes à son besoin de santé (et pas seulement) et dans la construction de réseaux de supports formels ou informels. Une vraie clinique du lien social qui a à cœur la croissance du capital social de la communauté, qui investit sur les relations, sur les échanges, sur l'enrichissement des contextes territoriaux, sur la rupture des isolements et sur l'intégration, sur la négociation et la verbalisation des conflits. Une clinique soutenue par des politiques, des normes, des institutions qui ne soient pas jalouses de leurs propres spécificités. De plus en plus, il est demandé un travail en réseau d'intégration entre opérateurs et services (services de santé mentale, de traitement des dépendances, de l'adolescence et de l'enfance, et encore des services sanitaires de districts, consultants familiaux, services sociaux communaux, du tribunal, du tribunal des mineurs, etc.) ; surtout un copartage de compétences et de bagages formatifs, de responsabilités et de décisions.

### **Un souci partagé de santé mentale**

Il faut avoir le souci et la charge, ayant à cœur d'interroger, rappeler, impliquer tous les autres services concernés. Il faut « perdre du temps » avec la personne au-delà de la compétence ou de la prestation. Il faut exercer un travail de coordination qui



toutefois n'est pas correctement reconnu. Le nouveau style devrait être à l'enseigne de la flexibilité et de la rapidité de réponse, du dépassement des compétences et de l'interconnexion avec d'autres milieux d'intervention.

Aujourd'hui plus qu'hier, former ceux qui travaillent en santé mentale est une opération politique et culturelle d'une extrême importance. Il ne s'agit pas seulement de développer les connaissances à la faveur des pratiques quotidiennes finalisées par l'affectation des services, la rationalisation des interventions, la mise à disposition de biens, mais aussi et surtout de rénover le langage de notre discours anti-ségrégant : en effet, pour construire du lien social les nouvelles professionnalités devraient avant tout être capables de reconnaître les dangers d'une ségrégation qui a changé dans le temps, non plus seulement celle des institutions totales, c'est-à-dire réclusion et contrôle social, mais aussi celle qui naît de l'appauvrissement des relations, de l'effacement des différences, de l'homologation de la pensée à des modèles uniformes de jugement, de la normalisation des conduites couplée à l'idéalisation des transgressions, de l'injonction globale à jouir de biens, de marchandises, de prestations et à consommer un « bonheur » sans fin.

Dans ce contexte, comment est-il possible de former ceux qui travaillent en santé mentale, si ce n'est en insistant sur la sauvegarde de ce qu'il reste

encore du lien social à notre époque ? Avec orgueil et sans emphase, montrer à ces jeunes opérateurs l'occasion extraordinaire qui leur est offerte de travailler dans ce domaine, qui représente peut-être un des derniers contextes d'intervention où on peut saisir le sens profond d'être en communauté. A condition de ne pas considérer la maladie seulement comme une blessure qu'il faut soigner, un vide à remplir, un retard à combler, mais comme ce qui peut paradoxalement soigner la communauté elle-même, la faisant sortir de son appauvrissement culturel et civil et la libérant de l'obsession de la normalité et de la toute puissance qui l'afflige. Lorsqu'on organise une ville à partir des besoins des plus démunis, il en résulte de manière évidente que la maladie peut servir de ressource à la communauté, parce qu'elle augmente notre capacité à vivre ensemble et améliore la qualité du lien social de tous. Rétablir la dimension de citoyenneté et d'intégration sociale de la personne souffrant de troubles mentaux va bien au-delà d'un geste humanitaire. Cela signifie plutôt construire la conscience – de la part de la communauté et à travers ses opérateurs sociaux – de ne pouvoir faire sans ses propres « restes », que ce soit la douleur, la maladie, la vieillesse, la violence, parce que cela représente une occasion d'apprendre quelque chose sur soi-même et de réhabiliter ses propres compétences éthiques.





Jusqu'à la fin des années soixante-dix, les équipes psychiatriques étaient presque entièrement composées de médecins et infirmiers. La présence des autres professions socio-sanitaires était très faible. L'arrivée des psychologues sur la scène des services a été très tardive en Italie par rapport aux autres pays de l'occident industrialisé, à cause de la situation très arriérée de l'université, longtemps influencée par les effets de la réforme fasciste de Gentile du 1923, qui avait marginalisé la psychologie, considérée comme une « philosophie de deuxième rang ». Le premier cours de licence en psychologie a été ouvert en 1971 et la première Faculté de Psychologie seulement en 1991.

Dans ce contexte, un groupe de psychiatres a alors pris la tête d'un mouvement de renaissance dont le résultat a été paradoxal : Le changement institutionnel basé sur la contestation du mandat social de la psychiatrie a été dirigé par des représentants du pouvoir psychiatrique au plus haut niveau. Cela explique que la révolution copernicienne de Basaglia et de ses disciples, en dépit des analyses superficielles de plusieurs observateurs (Lantéri-Laura, 2002 ; Rissmiller et Rissmiller, 2006) n'a jamais pris une direction anti-psychiatrique, tel que cela est arrivé par exemple en Angleterre avec Laing et surtout Cooper (Tantum, 1991). On pourrait définir la révolution psychiatrique italienne comme *octroyée*, en ce qui concerne plus spécifiquement le rôle des usagers des services. En effet, elle a été conduite par une élite de directeurs d'asile éclairés, qui jouissaient d'un grand pouvoir institutionnel et qui ont utilisé ce pouvoir pour introduire des changements radicaux.

Néanmoins, dans les dix dernières années, les relations entre les différents acteurs du champ de la santé mentale ont grandement évolué. Les données diffusées il y a quelques années par le Ministère de la Santé montrent que les infirmiers et les psychiatres forment désormais seulement 65% du personnel des services psychiatriques publics. D'autres professions, en particulier les éducateurs ou les techniciens de la réhabilitation psychosociale, ont récemment fait irruption. Si on considère que de nombreux services de psychologie s'ajoutent

## Confrontation entre professionnels et usagers : vers une modification de la pratique en Italie

**La psychiatrie italienne a vu des transformations très importantes entre le début des années soixante-dix et le début des années quatre-vingt, par le décentrement de l'assistance de l'hôpital psychiatrique vers la communauté, même si la fermeture finale des hôpitaux psychiatriques a été achevée seulement à la fin de l'année 2000. (Chapireau, 2008). Ces transformations ont aussi entraîné des changements significatifs dans la composition professionnelle des services.**

Angelo  
**Barbato**

Psychiatre,  
Chercheur à  
l'Unité d'Épidémiologie et Psychiatrie  
Sociale,  
Institut  
Mario Negri,  
Milan.

aujourd'hui aux services psychiatriques, on peut comprendre que la scène professionnelle est devenue beaucoup plus articulée qu'auparavant.

Quoiqu'il en soit, la présence et l'influence culturelle des psychiatres comme groupe professionnel dans la société italienne demeure toujours assez faible; le dernier rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé sur les politiques de santé mentale en Europe indique que le nombre de psychiatres est de 9,8 pour 100.000 habitants en Italie, c'est à dire beaucoup plus faible que dans la plupart des pays de l'Europe occidentale : Suisse 30 ; Suède 24 ; Belgique 23 ; France 22 ; Pays-Bas 14,5 ; Angleterre 12,7 (OMS, 2008).

Mais le changement le plus remarquable n'a pas eu lieu dedans, mais à côté des services. Il s'agit de l'essor, à partir de la fin des années quatre-vingt, des coopératives ou entreprises sociales du *tiers secteur* (De Leonardis et Vitale, 2001). Selon un

1. Sur le « mythe spontanéiste », cf. l'analyse sociologique de De Leonardis et Vitale (2001). Les auteurs pensent que le welfare state italien a été affaibli par les conceptions anti-institutionnelles à la fois d'une partie de la gauche (à travers l'idéalisation de la spontanéité sociale opposée aux médiations de la politique) et du mouvement catholique, avec sa tradition d'opposition à l'Etat laïque.

recensement de l'Institut National de Statistique, le tiers secteur comptait en 2001, en Italie, plus de 200.000 organisations, dont 60% était constitué de coopératives appelées de *solidarité sociale* qui fournissent des services (pour exemple les centres d'accueil) et 40% de coopératives appelées de *travail* pour l'insertion au travail. Les premières assurent des services sociaux (les usagers reçoivent des services), en gérant à la fois des résidences ou des centres d'accueil pour personnes ayant des troubles mentaux, tandis que les secondes s'occupent de l'insertion de malades mentaux et autres personnes défavorisées dans le monde du travail (les usagers sont eux-mêmes protagonistes). Ces deux types de coopératives se réfèrent à des philosophies différentes: Alors qu'elles sont destinataires des prestations dans les premières, les personnes en difficulté peuvent être actrices dans les secondes. C'est surtout dans les coopératives de travail que se pratique la stratégie de l'entreprise sociale qui, en transformant les services en espaces de vie et d'action, vise à valoriser les capacités des sujets impliqués, qui sont souvent des usagers des services psychiatriques (De Leonardis et Vitale, 2001). Les organisations du tiers secteur déclarent globalement des revenus de près de 38 milliards d'euros et plus de 35 milliards d'euros de dépenses. Ces montants sont distribués de façon non homogène entre les secteurs d'activité principaux : 60% du total se concentre dans les secteurs de l'assistance sociale, de la santé, de la culture, des sports et des loisirs.

Ce développement a attiré l'attention de plusieurs observateurs. Des sociologues ont soulevé des critiques, en remarquant que l'affirmation du tiers secteur représente une tendance à la *privatisation du social*, et en même temps à l'affaiblissement de la référence aux problèmes et aux biens collectifs, aux choix publics; tendance qui produirait une dépolitisation des critères de justice et une forme de diffusion, dans le système des services socio-sanitaires, de cultures et de pratiques affairistes. Ce risque, selon De Leonardis et Vitale (2001), paraît peut-être plus insidieux en Italie où le champ du *welfare state* (*Etat-providence*) est caractérisé par une vision instrumentale de l'état et des institutions, typique

d'une certaine pensée de gauche, séduite par les conceptions spontanéistes<sup>1</sup> de la libération du social, ainsi que des cultures anti-institutionnelles et privatistes de la tradition catholique.



E. Peyre de Fabrègues

En assurant aux opérateurs sociaux ou socio-sanitaires qu'y travaillent une place et un rôle professionnel dans le réseau des services, beaucoup de coopératives agissent en relation plus ou moins étroite, quoique parfois conflictuelle, avec les départements de santé mentale publics. De plus, les coopératives ont acquis une importance croissante dans la création de parcours d'habilitation /réhabilitation basés sur des initiatives qui intègrent des activités sociales, d'apprentissage, de formation et d'insertion professionnelle de personnes ayant des troubles mentaux. Par conséquent, les entreprises sociales ont permis aux usagers de se tailler peu à peu un espace de partenaires incontournables qu'ils n'avaient jamais eu jusque-là. En effet, le changement du rôle des usagers vis-à-vis des professionnels, qui a investi d'abord les pays

anglo-saxons et l'Europe du Nord et qui maintenant touche les pays de l'Europe du sud, peut être considéré comme la vraie nouveauté du champ de la psychiatrie au début du troisième millénaire (Deutsch, 2003; Reaume, 2006). Les choses ont énormément changé pour les personnes souffrant de troubles mentaux. Alors que sa parole était systématiquement invalidée, alors que par le passé il était muet ou obligé de l'être, aujourd'hui le patient, commence à faire entendre sa propre voix, en redevenant citoyen et en se considérant comme un sujet à part entière.

Quelle a été la réaction de la psychiatrie italienne devant cette vague impétueuse ? On a déjà souligné que le radicalisme des positions anti-institutionnelles a été accompagné en Italie par un certain paternalisme, lié à l'habitude d'interpréter à la fois les demandes et les besoins des usagers. Cependant, la proximité des services communautaires et donc des psychiatres eux-mêmes, ainsi que la disparition de l'asile avec son imposant déploiement de pouvoir, et la réduction du recours aux soins sous contrainte, ont permis au mouvement des usagers de ne pas s'engager dans le chemin de la contestation dure des cliniciens et des services

psychiatriques, tel que cela est arrivé aux Etats-Unis (Agnetti, 2007). Aujourd'hui, la plupart des groupes d'usagers s'appuient sur les services sanitaires pour organiser leurs activités, comme le groupe d'entraide. Plus, dans quelques régions les autorités locales ont commencé à les soutenir directement, en leur permettant d'obtenir une certaine autonomie face aux services sanitaires.

Jusqu'à présent, ces nouveaux modes de relations avec ces usagers organisés concernent et impliquent plus spécifiquement les travailleurs sociaux, les éducateurs ou les techniciens de la réhabilitation psychosociale. En ce qui concerne les cliniciens (psychiatres et psychologues), il faudra attendre les prochaines années pour voir si la croissance du mouvement des usagers, en introduisant des éléments de crise dans le système des services, va les aider à recouvrer une vocation sociale affaiblie dans le champ psychiatrique par la diffusion du modèle biologique des maladies mentales et, pour les psychologues, par la spécialisation technique. Nul doute que la confrontation directe entre cliniciens et usagers continuera à se déployer en mettant en question des aspects clés de la pratique professionnelle et de ses fondations.



# ● ● ● La professionnalité et la menace de disqualification

Georges  
Gaillard

Maître de conférences,  
Centre de Recherche en Psychologie et Psychopathologie Clinique,  
Universités de Lyon,  
Psychanalyste.

**Les institutions du soin et du travail social ont pour tâche de prendre en compte les inévitables ratés du processus de « civilisation », ce qui de la pulsion, n'est pas parvenu à se lier, à se symboliser de façon suffisante. Elles sont les lieux de traitement du fond de violence mortifère dont l'humanité de l'homme est entachée. Elles prennent le relais des institutions censées instituer les sujets au sein d'une culture et les inscrire sous la férule de la Loi ; elles interviennent là où ces instances premières se sont révélées (partiellement) inopérantes<sup>1</sup>. Ce fond de violence mortifère représente une menace potentielle de destruction, celle d'un retour au chaos originel de l'archaïque et de l'omnipotence infantile. Les institutions de la mésinscription<sup>2</sup> trouvent dès lors de la lisibilité à être pensée à partir du primat de la déliaison mortifère, à partir du primat de Thanatos.**

1. Il s'agit de ces institutions qui concernent l'inscription de tout sujet au sein d'une société donnée, celles que les sociologues désignent comme des institutions de "premier niveau", dont l'école est le prototype. Ainsi d'un centre de ré-éducation qui se spécifie de prendre en charge ce qui, du travail de socialisation de pacification des relations entre les sujets, n'a pas trouvé à s'accomplir de façon "suffisante" au sein des institutions de l'éducation, etc.

**A**u sein de ces institutions, cette déliaison œuvre notamment son pouvoir de destruction sous la forme de *la disqualification* et de *l'exclusion* des usagers et des professionnels ; la destruction opère dès que les processus de *liaisons* ne sont plus agissants (au niveau de la « psychisation » du lien aux usagers, des dispositifs, du lien à l'histoire de l'institution, etc.). Considérés sous cet angle, tout événement, tout remaniement qui ébranle l'appareil psychique institutionnel (qui déstabilise les pactes et les contrats) sont autant de moments où la déliaison et la disqualification meurtrière se retrouvent potentialisées.

Dans ces quelques pages, nous allons nous centrer sur les mouvements de disqualification qui menacent les professionnels dans leur exercice, et qui procèdent de l'appareillage intersubjectif qui se met en place entre le professionnel, son groupe d'apparte-

nance professionnel (son équipe) et les « usagers ». Nous mettrons aussi l'accent sur les mutations du contexte socio-historique au sein duquel prennent place de telles disqualifications, et qui les amplifient.

## La position professionnelle et la jouissance

Les professionnels qui œuvrent dans ce champ se caractérisent d'être aux prises de façon permanente avec la subjectivité de leur objet professionnel ; « objet » qui en cela, constitue une source permanente d'excitation. Le professionnel est donc en menace constante de se perdre dans la jouissance (narcissique, phallique et mortifère<sup>3</sup>) qui vient s'actualiser dans le lien :

– la jouissance qu'il tire de la fréquentation de l'archaïque, au travers des symptômes des « usagers » ; autrement dit le bénéfice qu'il prélève, de ce lien à l'autre, au titre de sa propre économie psychique, – et massivement celle que l'utilisateur n'en finit pas de présentifier dans le lien aux professionnels et de jouer sur la scène institutionnelle, à charge pour les professionnels de se déprendre de cette pulsionnalité et de travailler à la liaison de ces parts insuffisamment subjectivées.

L'acte que réalise le professionnel requiert donc d'être marqué du sceau de *la professionnalité*. Les rencontres qui ont lieu sur la scène professionnelle doivent être *référées* et donc autorisées par une institution socialement mandatée pour légitimer les actes du professionnel, et ainsi interdire la confusion, faire bordure à cette jouissance qui sans cela menace de faire voler en éclats l'indispensable maillage symbolique.

C'est la référence vécue à l'institution et à l'équipe qui se construit comme instance potentiellement tierce, permettant de lier la violence prédatrice des professionnels (au niveau individuel et dans leur groupalité), en la vectorisant sur le mortifère à transformer chez un autre (l'utilisateur). L'interdit qu'elles présentent<sup>4</sup> porte sur la prédation cannibale (où s'actualisent les figures du meurtre et de l'inceste). Dans les temps où la jouissance déborde, elle donne à croire qu'elle peut subvertir toute limite et délégitimer toute loi. Le spectre de la barbarie refait alors surface.



N'importe quel acte soignant peut ici servir d'exemple : l'emblématique "piqûre" de la pratique infirmière permet ainsi d'entendre comment un tel geste sur le corps de l'autre n'est possible que pour autant que la référence institutionnelle est présentifiée au sein de la rencontre, garantissant que ce geste, s'il est incontestablement intrusif (du corps du patient) et peut donner lieu à d'intenses satisfactions pulsionnelles pour le professionnel, n'est pas qu'un acte de pur sadisme, n'est pas qu'une effraction jouant de la violence mortifère, mais qu'il a aussi pour fonction de soulager, de traiter, de soigner, arrimant la violence de l'archaïque et sa pulsionnalité à la tâche primaire.

Lorsqu'un acte est « cadré », contextuellement comme soignant, la source pulsionnelle et la composante libidinale sont mises au silence et déniées. Le leurre indispensable à l'exercice professionnel est opérant, et la professionnalité permet d'intriquer sadisme et bienveillance. En ce sens, elle autorise dans le même temps où elle interdit ; elle autorise une satisfaction libidinale partielle, une jouissance légitime, sous le couvert de la tâche primaire, interdisant simultanément que cette jouissance ne bascule (par excès) dans le registre du mortifère, et qu'au contraire, elle soit nouée à la réparation d'un autre, combinant dès lors libido narcissique et libido d'objet.

### Être professionnel et se prêter au transfert

Le travail auprès des sujets qui sont « pris en charge » (soignés, accompagnés,...) par la structure, exige que le professionnel se prête aux mouvements transférentiels des « usagers », et qu'il investisse le lien ; soit donc qu'il prenne le risque quotidien de se retrouver entravé dans les rets du mortifère, le risque d'être « utilisé par l'autre », et partant, d'être séduit, dépossédé, effracté, malmené, etc. Investir un « usager », c'est importer le mortifère dans l'intersubjectivité (entre « usager » et professionnel) ; c'est aussi importer ce mortifère dans le groupe des professionnels et en « contaminer » l'équipe (Paul Fustier, 1999). Nombre de malaises groupaux, voire de crises, trouvent à s'apaiser

lorsque les violences mortifères qui s'y développent sont entendues et pensées comme des effets de cette « contagion ».

L'appareillage des psychés que suppose la position de soin et/ou d'accompagnement fait donc courir au professionnel le risque constant d'être renvoyé à ses propres failles identitaires, sans qu'il lui soit possible de réfuter un tel cadrage. Engagée subjectivement dans le lien, sa propre économie psychique est partie constitutive des relations qu'il développe dans le cadre de sa position professionnelle. La professionnalité est donc fragile ; susceptible d'être déstabilisée et/ou disqualifiée à tout moment. Elle demande à être cycliquement restaurée, re-légitimée, dans un lien d'appartenance groupal et institutionnel, à partir de la remise en place d'un éprouvé de sécurité suffisante<sup>5</sup>.

Lorsque se déploient les attaques *disqualifiantes* de la professionnalité, les passes d'armes se jouent à coup de phrases assassines : « *Dans ta relation avec tel "usager", lorsque tu fais ceci, (ou lorsque tu ne fais pas cela), lorsque tu dis ce que tu dis, ..., Tu n'es pas professionnel !* ». Les attaquants s'érigent alors dans leur superbe, usurpant toute la légitimité, et distribuant qualifications et disqualifications. Les implicites de ces assignations renvoient « l'accusé » à l'ensemble de ses incertitudes, à son insituable « position professionnelle », à ces liens emmêlés que sont les relations éducatives et/ou soignantes. Le professionnel visé par ces attaques peut ainsi ne pas être en mesure de faire face à cette exclusion, et quitter la place, ou s'y effondrer.

### Le lien groupal et le retournement

Lors des inévitables périodes de tensions, au moment où le lien groupal ne parvient pas à préserver une bienveillance « suffisante », tout professionnel peut se retrouver en place de cible de la violence mortifère, celle qui n'a pas trouvé à se transformer, à se lier au niveau de la tâche primaire, et qui cherche alors un lieu de décharge, un « bouc émissaire » (R. Girard), un objet à expulser.

Appelée à se constituer dans l'intersubjectivité, la professionnalité peut être définie à partir de ce qui est attendu du professionnel par son groupe pro-

2. Alain-Noël Henri désigne sous ce terme de façon générique les institutions du soin, du travail social (et quelques autres), qui ont fonction de "remailage de la trame symbolique".

3. L'expression est empruntée à Paul Laurent Assoun (1994).

4. Ainsi du "Sement d'Hippocrate" et des différents codes de déontologie dont usent la plupart des professions du soin et du travail social.

5. Paul Fustier définit la "légitimité" comme "avoir le droit de faire et d'être en sécurité".

professionnel d'appartenance, son équipe, et par son institution : être à même de « se prêter au transfert » avec des « usagers », sans être anéanti par la rencontre, sans être détruit par ce qui de la subjectivité de l'usager est resté en souffrance de liaison, par sa fréquentation des contrées de l'archaïque.

L'arrimage narcissique au sein des groupes institués se joue toutefois précisément dans une tolérance groupale à la déliaison, une tolérance aux échecs répétés de sa transformation et au maillage second qu'il autorise dans une pensée réflexive. Le narcissisme groupal se construit dans la lutte menée contre le triomphe de la déliaison mortifère. C'est à partir de la limite de chacun, du partage de l'éprouvé d'être *démuni* dans la rencontre avec les « usagers », que la groupalité professionnelle trouve à se constituer, chacun étant amené à témoigner, dans l'après-coup de ses difficultés, voire de ses mises en faillite dans le lien avec l'un ou l'autre des « usagers »<sup>6</sup>.

Chaque professionnel est convié à investir le groupe professionnel comme étant à même de maintenir une visée transformationnelle, par-delà les errements, les dédifférenciations, les morcellements et les clivages, dans lesquels individuellement chacun va inmanquablement se trouver pris. C'est de savoir sa limite, sa consistance et sa fragilité, et à savoir la limite, la consistance et la fragilité de ses différents collègues que chacun peut consentir à donner de la place aux autres dans un lien d'équipe, auquel il devient possible de faire appel pour le/se restaurer dans sa professionnalité.

### Disqualifications et remaniement

À penser la groupalité professionnelle sous le primat de la déliaison mortifère et de l'humanité de chacun, il apparaît que cette alchimie n'est au rendez-vous que dans des temps spécifiques, au cours de périodes où la centration sur la tâche primaire n'est pas chahutée par de trop grands bouleversements.

Dès que du danger se présente (à partir de transformations organisationnelles, de modifications législatives, de départ d'un acteur clef, etc.), l'investissement des « usagers » et la centration sur la

tâche primaire sont menacés. Dans de tels contextes, on assiste à un bétonnage idéologique et/ou à la mise en place de défenses externes au travers de procédures fétichisées et de la sacralisation d'anciennes manières de faire (R. Kaës 2003, E. Diet 2008).

Lors de ces périodes de rigidification des modalités défensives, la *disqualification prévaut*. Le groupe promeut l'un des siens en position de savoir, et/ou de maîtrise (emprise), à moins que ne se mette en place une lutte acharnée pour l'occupation d'une telle place. Quiconque déroge au dogme est alors frappé d'excommunication.

Lorsque la violence de la déliaison accomplit son œuvre de destruction, le climat relationnel se teinte d'un zeste de paranoïa. La temporalité s'en trouve abrasée, le déploiement transférentiel et le temps de l'élaboration court-circuités, la groupalité elle-même devient persécutrice.

Ainsi de cette éducatrice qui se retrouvera aux prises avec l'impossibilité de contenir un enfant en « crise », tout entier rassemblé dans son hurlement. En lieu et place de trouver du soutien auprès des collègues présents, elle se verra elle aussi réduite à son incompétence. Le collègue ne trouvant rien d'autre à faire que de rajouter son propre hurlement à la crise : « *Mais qu'est ce que c'est que ce bordel !* » donnant à vivre à l'éducatrice un vécu d'une telle violence persécutrice qu'elle sera alors envahie par un désir de meurtre, celui-là même qui, d'y avoir été exposé, affolait et détruisait cet enfant.

### Les attaques disqualifiantes

Lorsque, dans un tel contexte, il est question de *disqualifications professionnelles*, on se trouve bien en présence d'*agirs meurtriers* de la professionnalité, en présence de la part de la violence dont l'institution ne parvient précisément pas à se saisir et à transformer en un objet de travail, au travers d'une liaison dans la pensée et dans l'histoire.

Les attaques *disqualifiantes de la professionnalité* disjoignent, délient. Elles portent précisément sur les intrications entre identification professionnelle et

6. Georges Gaillard (2008), *Restaurer de la professionnalité. Analyse de la pratique et intersubjectivité* – Revue de Psychothérapie psychanalytique de groupe, n°50 Groupes de paroles.

identité du sujet, ainsi que sur les étayages entre le sujet et le groupe professionnel d'appartenance. Ces attaques rabattent alors toute dynamique intersubjective sur des dynamiques intrasubjectives ; elles tendent à isoler le professionnel et à le déloger de cette place de professionnel à partir de ce qui est alors épinglé comme ses « *incompétences relationnelles* », dans la perpétuation d'un déni portant sur les corrélations de subjectivités.

### Restructurations et tentations actuelles

Pour entendre au mieux les mouvements que nous venons de spécifier, (ceux qui ont cours entre "usagers" et professionnels), il convient de souligner que ces mouvements se déploient dans un contexte sociétal en pleine mutation. Les institutions du soin et du travail social traversent en effet une période d'intenses restructurations. La jouissance de la casse, les fantasmes de casses (D. Anzieu, 1996) s'en donnent à cœur joie ; restructurer nécessite de considérables remaniements des formes antérieures, et ne va pas sans jouer la destruction.

Le travail social est ainsi spécifiquement marqué par le départ d'une génération de fondateurs. Imbibés d'idéologie managériale, les « nouveaux » directeurs qui accèdent aux commandes potentialisent les disqualifications des professionnels, en disqualifiant l'histoire et les pratiques antérieures. Ils sont (parfois) explicitement mandatés pour mettre de l'ordre dans ce qui est désigné, pour les besoins de la cause, comme le « *chaos antérieur* » dans lequel les travailleurs sociaux « *faisaient vraiment ce qu'ils voulaient* », et autres arguties du même acabit. Les professionnels qui n'ont pas la décence de tenir pour nulles et non avenues leurs pratiques antérieures deviennent dès lors les premières victimes de la disqualification qui se donne libre cours. Ces remaniements ont lieu sous le couvert de « *l'idéologie de la transparence* » (Jean-Pierre Pinel 2009). Si confiance était faite antérieurement aux institutions pour penser leurs dispositifs et leurs pratiques, les restructurations en cours détruisent ces contrats de confiances détruisant dans le même temps l'ensemble des appareillages psychiques

existants (les contrats narcissiques P. Aulagnier 1975), et démutisant ce qui, des pactes dénégatifs (R. Kaës 1989), se doit de demeurer silencieux et obscur, sous peine de déliaison, et de débordement des angoisses mortifères, qu'ils avaient pour tâche de maintenir liées.

Les injonctions sécuritaires actuelles déclinent une volonté (politique) de parer à tout risque. Elles y travaillent à partir notamment de la constitution de « référentiels de bonnes pratiques ». Dans un tel contexte, ces « bonnes » pratiques font entrevoir le risque majeur d'un désengagement affectif et relationnel des « nouveaux » professionnels, investissement subjectif qui constitue pourtant la condition même du soin et de l'accompagnement. Elles profitent une nouvelle ère, celle des *techniciens*, n'ayant d'autre rôle que d'appliquer les procédures ad hoc, permettant le déploiement d'un fantasme de « traçabilité » sans faille<sup>7</sup>.

Nous avons souligné comment l'engagement du professionnel a partie liée avec un éprouvé de sécurité interne et de solidarité groupale qui découlent d'un don de légitimité<sup>8</sup>. Une telle position se situe aux antipodes du sécurité-sécuritaire et de la déstabilisation constante qui, de procédures d'évaluations en démarches d'accréditation, ne permet plus aux équipes de s'installer dans des liens « suffisamment » ombragés et silencieux. Les « nouvelles » procédures managériales détruisent les cultures locales (les expériences accumulées), et l'histoire où elles se sont tramées, ces bricolages singuliers où se fondent le narcissisme et la créativité des équipes.

Tentation est ainsi faite au professionnel d'une « pensée prête à penser ». Peut-être ne restera-t-il sous peu que l'alternative d'emprunter les sentiers de la résistance. Il importe en effet dans les temps actuels d'être attentif à ce qui peut être préservé (voire fabriqué) des zones de conflictualité<sup>9</sup>, celles qui permettent que des processus de pensée autoréflexifs, et des mises en sens élaboratives demeurent possibles. C'est à ces conditions que les professionnels seront à même de faire revenir (cycliquement) l'investissement des « usagers » au cœur de leurs préoccupations.

7. Il n'est que de penser à l'obligation de la mise en place des cahiers d'incidents au sein des établissements, et du pointage rigoureux dont ils sont le lieu, aux fins de fournir aux tutelles des indicateurs de la montée des violences et des incivilités, justifiant en retour les procédures sécuritaires, ad libitum ...

8. Selon la formule précédemment citée de Paul Fustier, à propos de la "légitimité".

9. Guy Laval soutient la thèse selon laquelle en l'absence de conflictualité externe (au sein d'une société), la conflictualité, condition du fonctionnement de l'appareil psychique, ne peut se maintenir.



# Comment traverser les épreuves du travail social

Bertrand Ravon

Sociologue  
MODYS-  
CNRS,  
Maître de conférences,  
Université  
Lumière  
Lyon 2.

**La professionnalité est définie comme « l'ensemble des compétences considérées comme caractérisant normalement les membres d'un groupe professionnel donné à une époque donnée » (Demailly, 2008). Le terme même de compétence, qui s'est imposé partout dans le monde du travail insiste quant à lui sur le « caractère contextualisé et personnalisé d'une action », sur « la pertinence des initiatives prises et des responsabilités assumées », sur « la capacité à s'ajuster et évoluer », sur « la mise en œuvre autonome des capacités mises à disposition de l'organisation ». En un mot, « le professionnel est celui qui au travers de son savoir et de son expérience accumulée possède un large répertoire de situations et de solutions » (Lichtenberger, 2003).**

Cet article repose sur les résultats d'une enquête récente menée sur le difficile exercice du travail social : Bertrand Ravon (dir.), avec Geneviève Decrop, Jacques Ion, Christian Laval, Pierre Vidal-Naquet, 2008, *Usure des travailleurs sociaux et épreuves de professionnalité. Les configurations d'usure : clinique de la plainte et cadres d'action contradictoires*, MODYS-CNRS/ONSMP-ORSPERE, Rapport pour L'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES), mai 2008, 260 p.

**E**n articulant ces deux définitions, la professionnalité peut être envisagée comme le produit d'une dynamique collective de définition des savoir-faire professionnels mais aussi des dispositions subjectives et des qualités personnelles des salariés qui régissent l'exercice « normal » du métier. Mais qui est habilité à définir les compétences légitimes des « professionnels de la profession » ? Les travailleurs sociaux, leurs employeurs, les pouvoirs publics ?

## La professionnalité est une épreuve

Selon nous, la professionnalité se définit dans une tension subtile entre les définitions hétéronomes de la profession, notamment celles relatives aux cadres réglementaires de l'activité, et les définitions autonomes qui relèvent d'un travail réflexif conduit par les acteurs eux-mêmes, à partir de la reprise des actions qu'ils mènent sur le terrain. De ce point de

vue, la professionnalité se construit dans la tension entre l'idéal de la profession et la réalité de l'exercice du métier. C'est-à-dire dans les épreuves quotidiennes où l'idéal professionnel du travailleur social est mis en pratique.

Ces épreuves sont constitutives de l'expérience professionnelle. Les réussites, mais peut-être surtout les échecs, les débordements de l'engagement dans l'action, les transgressions et les passages à la limite, les malentendus et autres incompréhensions des supérieurs hiérarchiques : toutes ces atteintes portées à l'art d'être un professionnel sont susceptibles d'entraîner une détérioration de l'exercice professionnel, du sentiment d'injustice et d'exaspération jusqu'à la fatigue et le stress, voire la souffrance et l'épuisement. Cependant, le processus d'usure n'est pas irréversible. Il peut au contraire entraîner des tentatives (généralement collectives) de résistance ou d'endurance où l'on fait face aux difficultés éprouvantes et où l'on cherche à faire face. En ce sens, les configurations de travail où s'enchaînent les épreuves professionnelles, celles par lesquelles l'agent éprouve les difficultés du travail, celles par lesquelles il les identifie et celles par lesquelles il cherche à s'en sortir, sont autant d'occasions de construire et d'affermir la professionnalité. D'ailleurs le sens du mot épreuve est double : *éprouver* une situation difficile et *faire la preuve* de ses capacités à y faire face.

La professionnalité se construit donc de façon risquée, comme un chemin d'épreuves, qui se dessine entre les moments d'atteinte à l'exercice du métier et les moments de soutien à l'art d'exercer la profession.

## Deux périodes de construction de la professionnalité dans le travail social

Les relevés de l'expérience professionnelle de travailleurs sociaux éprouvés permettent de distinguer deux formes d'altération de l'exercice professionnel : d'une part, avec le maniement difficile de la relation d'aide, observé avec la professionnalisation de l'action sociale principalement ; d'autre part et plus récemment, la généralisation de la plainte d'intervenants confrontés aux prescriptions contradictoires



des dirigeants. A ces deux formes d'épreuves professionnelles correspondent deux époques de l'histoire du travail social, deux périodes de construction de la professionnalité des travailleurs sociaux.



G. Grillet

### Face aux débordements dans la relation d'aide : être sujet de sa pratique professionnelle

La première est contemporaine de l'homogénéisation des professions dans une appellation partagée : le travail social (années 1960-1970). L'idéal éducatif s'impose alors comme le référent professionnel commun : toute prise en charge est l'occasion de mettre en place un processus pédagogique dans une visée à long terme de progression personnelle ou collective, voire d'émancipation. La relation d'aide devient le modèle d'intervention par excellence au sens d'un « type de technicité professionnelle situé au cœur de la pratique du travail social, qui repose sur l'interaction entre un professionnel compétent (...) et un usager, en vue d'améliorer l'état de l'usager. (...) Il s'agit de remédier à un dysfonctionnement en mobilisant une compétence professionnelle de type technico-psychologique » (Castel, 1998).

Pour les assistantes sociales, la relation d'aide, et plus particulièrement lorsqu'elle prend la forme du case work (« service social des cas individuel »), suppose des compétences professionnelles, au premier rang desquelles la capacité à ne pas se satis-

faire d'apporter de simples secours matériels, mais d'aider le client au développement de sa propre personnalité. Refusant aux médecins et aux magistrats le soin de définir de telles compétences professionnelles, les assistantes sociales inventent la supervision, qui consiste, pour les situations difficiles, à se faire conseiller par un collègue expérimenté.

S'agissant des éducateurs spécialisés, la visée éducative à long terme de la relation d'aide suppose de la part du professionnel une capacité à installer la prise en charge dans la durée. L'installation de la relation d'aide dans le temps peut conduire l'intervenant à un excès d'empathie envers l'usager, au risque de l'emprise. Plus grave encore, la prise en charge répétée d'usagers réputés difficiles, voire « inguérissables » peut aller jusqu'à l'indifférence, le dégoût, la violence voire la maltraitance. Des symptômes caractéristiques apparaissent (absentéisme, fatigue physique particulière, turn-over important, sortie précoce de la carrière) pouvant déboucher sur le syndrome de burn out, (épuisement professionnel). Face à ce type d'épreuves, nombre d'établissements de l'éducation spécialisée mettent en place des groupes d'analyse de la pratique centrés sur la reprise des expériences problématiques de la relation. Les « groupes Balint » qui émergent à la fin des années 1960 sont exemplaires de ce mouvement de soutien aux situations difficiles. Centrés sur le récit par l'éducateur d'une relation d'aide éprouvante, ces groupes de « recherche-formation » n'ont pas vocation à devenir un lieu thérapeutique pour les participants, mais un lieu de transformation de leurs aptitudes professionnelles, par une meilleure compréhension psychologique d'eux-mêmes ainsi que de la situation relationnelle dans laquelle ils sont impliqués. Le groupe d'analyse de la pratique offre au travailleur social l'occasion d'exposer ce qui n'arrive plus à être contenu ; par le travail d'élaboration collective, les éléments non contenus sont « projetés » dans le groupe, et dans le meilleur des cas, « déposés » ou mieux encore « recyclés ».

Supervision et analyse de la pratique : ces deux modèles de référence partagent un même objectif, soutenir l'identité professionnelle des travailleurs sociaux, avec un principe éthique solide : « offrir la garantie d'un contrôle par les pairs comme forme

pratique de la garantie de la compétence professionnelle » (Morand, 1993). L'enjeu c'est corrélativement pour chacun des participants de devenir « sujet de sa pratique professionnelle », au sens d'être capable d'articuler le savoir-faire (le métier), l'éthique professionnelle, la mission, le cadre institutionnel et la relation à l'utilisateur (Cauletin, 2007).

Déployés petit à petit pour de nombreux professionnels et institutions du travail social comme un équipement important de la professionnalité des travailleurs sociaux, ces dispositifs se sont même imposés comme un modèle dominant de l'accompagnement des professionnels du travail social. Ainsi, le Conseil Supérieur du Travail social (CSTS) insiste sur la nécessité de ces groupes d'analyse et de régulation professionnelle, en premier lieu dans le cadre transversal de ce qu'il nomme l'Intervention Sociale d'Aide à la Personne (CSTS, 1996). Ou encore, et selon le décret du 6 janvier 2005 qui les a mis en place, les Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques (ITEP) doivent développer dans chaque établissement « *des modes de soutien aux professionnels. Ces soutiens peuvent prendre notamment la forme d'actions de supervisions et d'analyse des pratiques menées par des professionnels distincts de ceux appartenant à l'équipe thérapeutique.* »

### **Face à la standardisation du travail social : faire reconnaître la singularité de son intervention**

La seconde période de construction de la professionnalité des travailleurs sociaux que l'on voudrait spécifier ici est contemporaine des importantes transformations du secteur que l'on peut schématiquement rapporter aux processus de la décentralisation, la rationalisation et la division du travail social. Les professionnels ont vu en deux décennies (1980-1990) l'exercice de leur métier bouleversé : extension de la vulnérabilité des usagers, difficulté à assurer l'accès (pourtant prioritaire) aux droits des usagers, diversification des publics, empilement des dispositifs, multiplication et complexification des procédures qui plus est souvent dénuées de mode d'emploi, juxtaposition de règles de droit incompatibles, renforcement de la logique de gestion et de contrôle, cohabitation souvent tendue avec de nou-

veaux professionnels aux statuts très différents (qu'il s'agisse des intervenants aux emplois précaires ou des cadres gestionnaires non issus du travail social). De vives inquiétudes sourdent de toute part, désignant un malaise partagé par l'ensemble des salariés de l'action sociale. Ils disent se retrouver sans missions claires, sans soutien hiérarchique ni reconnaissance institutionnelle. Ils regrettent de devoir se débrouiller souvent seuls, jusqu'à parfois perdre le sens de leur métier. L'usure se manifeste principalement à travers les plaintes qu'ils forment au gré de leurs expériences professionnelles.

La relation d'aide, plus que jamais au cœur de la pratique, est problématisée de nouvelle manière. D'une part, l'utilisateur n'est pas tant catégorisé comme un patient inguérissable que comme un acteur (qui peut être difficile, agressif, violent, complexe ou exigeant) ayant son mot à dire sur l'intervention qui lui est proposée. Appréhendé à partir du faisceau enchevêtré des problèmes qui caractérisent sa situation, responsabilisé, l'utilisateur déstabilise l'idéal éducatif (ou assistanciel) des travailleurs sociaux. Les solutions prédéfinies sont inapplicables. D'autre part, la relation intervenant/utilisateur est cadrée par des exigences organisationnelles de rationalisation du travail social qui poussent par exemple à définir et contrôler le temps imparti aux procédures d'accueil, d'écoute et de suivi des personnes en difficulté, alors même que le temps réel nécessaire à l'intervention est incalculable par avance, puisqu'il doit en permanence s'ajuster aux situations singulières et aux conditions toujours imprévues d'installation de la confiance sans laquelle aucune action à venir n'est possible.

La professionnalité des travailleurs sociaux est ici atteinte, dans le sens où ils n'arrivent plus à devenir « sujets » de leurs pratiques professionnelles. Si, avec la généralisation du management par la compétence, l'investissement personnel est de plus en plus requis comme condition nécessaire au bon exercice des tâches professionnelles, il est simultanément contraint à des contrôles de plus en plus serrés, dans un cadre organisationnel de plus en plus rigide où le statut de salarié tend à être appliqué en termes de plus en plus stricts.

Une contradiction transversale s'installe :

l'injonction à l'initiative personnelle et la standardisation des pratiques singulières. Les travailleurs sociaux sont pourtant habitués à contenir les paradoxes et à tenir face aux prescriptions contradictoires. C'est même l'une de leurs qualités : travailler correctement consiste comme le rappelle Philippe Davezies (2007) à ne jamais se conformer complètement aux prescriptions des dirigeants, mais à prendre en compte l'ensemble des éléments techniques et des opérations pratiques qui composent le travail réel. Cette part d'invention, de créativité nécessaire pour combler le décalage entre le travail prescrit et le travail réel, précisément parce qu'elle est singulière, est invisible pour les hiérarchies (Loriol, 2003). Du même coup, les dirigeants sont dans l'incapacité de reconnaître la réalité des efforts consentis par les salariés pour que le travail soit correctement fait, malgré tout. C'est cette non reconnaissance du travail singulier qui est insupportable pour les agents et qui forme l'une des principales raisons de leur souffrance au travail.

Cette épreuve de non reconnaissance est difficile à traverser. Déjà, on peut se demander comment l'on peut inviter les dirigeants à reconnaître le travail qui transgresse leurs prescriptions. On remarquera ensuite que les collectifs de travail propres à « organiser la défense » contre les injonctions à l'autonomie sont affaiblis dans un contexte dominé par le mouvement de la compétence. En effet, les intervenants ne peuvent pas compter sur les supérieurs hiérarchiques dont ils dénoncent régulièrement l'absence de soutien dans les situations difficiles, et du fait de l'écart entre managers et intervenants qui ne cesse de se tendre depuis le recrutement massif de cadres gestionnaires hors du secteur social. Parallèlement, avec la rationalisation du travail et malgré les injonctions au partenariat et à la coordination, les temps de travail en équipe, de rencontres informelles, de régulations institutionnelles, de groupes d'échanges ont été fortement réduits. Enfin, les appuis collectifs relevant de la rhétorique de qualification tels que les centres de formation au travail social, la formation continue, les associations professionnelles ou le syndicalisme de branche,

sont difficilement mobilisables (en partie du fait de la domination de la compétence, en partie du fait de l'affaiblissement des corps intermédiaires).

Les groupes d'analyse de la pratique ou de supervision continuent par contre de compter parmi les dispositifs de soutien les plus mobilisés : la demande de reprise de l'action a en effet sensiblement augmentée ces cinq dernières années tout en se diversifiant considérablement. Elle touche dorénavant l'ensemble des nouveaux secteurs ainsi que la quasi totalité des métiers et des statuts. Elle n'émane plus seulement des travailleurs sociaux ou de leurs chefs de service dans un souci de soutien à la profession (maniement de la relation d'aide, besoin de « déposer » des situations difficiles et trop chargées d'affect, etc.), mais peut venir des cadres gestionnaires dans une démarche d'élaboration d'une culture professionnelle commune et de « référentiels métiers », ou encore des comités d'hygiène et de sécurité des établissements dans une dynamique de prévention de la souffrance au travail. Dédiée au soutien des professionnels, elle s'avère en fait être mobilisée pour régler des problèmes institutionnels non traités ad hoc ; ce qui conduit les groupes d'analyse de la pratique à se substituer à la vie institutionnelle de l'établissement, et notamment aux temps de régulation entre cadres et professionnels. Ce télescopage indique la tendance actuelle à faire de l'analyse des pratiques professionnelles un outil de management et de cadrage des compétences (un outil de conduite, de gestion et d'évaluation de l'action), plus qu'un équipement professionnel de reprise de l'expérience.

Si la professionnalité se construit à travers les façons de sortir des épreuves, il est urgent de remettre sur le métier la question des collectifs de reprise et de traitement de l'expérience professionnelle. La demande de reconnaissance porte davantage sur le « faire » que sur l'identité des travailleurs sociaux. Au-delà de la réflexivité des acteurs, il s'agirait de s'appuyer davantage sur la « science des praticiens » (Laval, 2008) pour identifier les nouvelles épreuves professionnelles et le cas échéant, réinventer les façons de s'en sortir.



# L' élu local, un acteur fort de la santé mentale

Laurent  
El Ghazi

Elu municipal,  
Président de  
l'Association « Elus,  
Santé Publique &  
Territoires »

**La santé mentale est un facteur majeur de cohésion sociale et de développement (y compris économique) des territoires et des individus. Sa prise en considération adéquate se situe à l'intersection obligée du soin, du suivi et de l'accompagnement social, de la prévention, de l'ordre public et des exigences de respect des libertés publiques et concerne donc directement les élus locaux. De fait, il existe une très forte demande réciproque des élus et des psychiatres, ainsi que des patients-usagers, de leur famille et de l'ensemble du corps social car la « bonne » réponse n'appartient pas au psychiatre, mais à l'ensemble des services de la communauté (social, logement, emploi, ressources, culture, sûreté...)**

**T**ous ces éléments sont des déterminants de la santé mentale et des facteurs d'inégalités reconnus par tous. Ils sont pour l'essentiel conséquences de décisions politiques nationales (voire au-delà) et locales : il y a donc des responsables à identifier et des alternatives à promouvoir.

Ainsi la santé mentale est avant tout une question politique.

La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, en particulier mentales, exige que les collectivités locales s'engagent, d'autant que l'élu local est quotidiennement confronté aux professionnels de ces différents champs, aux objectifs souvent divergents voire éloignés de l'intérêt du sujet. Il peut alors lui échoir de le faire prévaloir, tout en tenant compte de ces impératifs contradictoires. Responsable du bien-être de sa population, il dispose de nombreux services qui peuvent contribuer à une meilleure prise en charge, il a la capa-

cité de mobiliser, voire de convoquer les autres partenaires qui y concourent.

Il représente légitimement la population qui l'a élu pour la défendre et porter sa voix. Son engagement politique comporte une attention particulière aux plus vulnérables et à la réduction des inégalités sociales, y compris dans le champ de la santé. Cela inclut la lutte contre toutes les stigmatisations et l'obligation de donner une juste place à chacun.

La nécessité d'agir « en réseau » est une évidence partagée : la question se pose de savoir qui en est leader ? Or, il ne peut y avoir de politique nationale de santé mentale, s'il n'existe pas de politique locale en santé mentale donc s'il n'y a pas implication forte et soutenue des élus locaux dans un travail exigeant et confiant avec leurs psychiatres, selon trois axes privilégiés :



M.F Dahan



- Prévention : intervention le plus en amont possible, accès et suivi des soins, accompagnement social, sensibilisation du voisinage mais aussi lutte contre la pauvreté et la précarité, soutien aux familles...

- Gestion des crises : éviter que la seule réponse ne soit l'hospitalisation sous contrainte pour des raisons d'ordre public et non de soins : c'est le rôle des « Cellules d'alerte et de suivi » ;

- Intégration des usagers/patients dans la cité : logement adapté, soutien aux Groupes d'Entraide Mutuelle, insertion sociale et professionnelle, ouverture égale de tous les services de la ville, déstigmatisation, développement de services médico-sociaux intégrés dans la cité, ressources suffisantes garanties quand le travail est impossible...

Il ne peut y avoir de poursuite de la déshospitalisation, pourtant nécessaire, s'il n'y a pas simultanément engagement de l'Etat avec les collectivités locales sur tous ces points.

Ce « Réseau Local en Santé Mentale », incluant le secteur, mais aussi les autres acteurs (social, logement, éducation, police, justice, associations de familles et d'usagers...), piloté par le Conseil Local en Santé Mentale, co-présidé, sans hégémonie par

le Maire et le psychiatre, constitue le dépassement nécessaire du Secteur de psychiatrie, créé il y a plus de cinquante ans et toujours inachevé.



C. Jaubert

S'il faut, bien entendu « trouver un équilibre entre protection de la société et réinsertion du patient » et puisque des moyens sont disponibles, ils doivent être utilisés pour la formation de personnels spécifiques, la prévention, la coordination et les moyens d'une prise en charge ambulatoire médicale et sociale, l'intégration déstigmatisante des usagers/patients, la réduction des inégalités sociales.

cf. Rapport DIV/ONSMP-ORSPERE

« Rôle et responsabilité des Maires en Santé Mentale, à partir des troubles du voisinage pouvant conduire à une hospitalisation d'office ». Mai 2008.

# L'impératif du questionnement éthique dans les nouvelles professionnalités : l'exemple de Barcelone

José  
**Leal  
Rubio**

Psychologue  
clinicien,  
Psychanalyste,  
Superviseur  
institutionnel,  
Vice-président  
du Comité  
d'Éthique de  
l'Assistance -  
(Barcelone)

Alicia  
**Roig i Salas**

Psychiatre,  
Responsable  
du Service de  
Santé Mentale,  
Horta-Guinardó  
(Barcelone),  
Présidente du  
FCCSM

« Une vie sans questionnement n'est pas digne  
d'être vécue »  
(Dialogues de Platon, Apologie de Socrate)

**Le développement de la Réforme de l'Assistance Psychiatrique dans l'Espagne des années 70 a eu ses singularités par rapport aux autres processus mis en place dans des pays européens voisins. Il a coïncidé avec la lutte pour les libertés et les droits démocratiques abolis par la dictature de Franco. Par ailleurs, la lutte pour la désinstitutionnalisation et le retour des droits et de la dignité des patients isolés dans les hôpitaux psychiatriques ont coexisté avec le développement spontané des Centres de Santé Mentale, devenus Services de Santé Mentale Communautaires.**

## **Multiplication des professionnels et de la transversalisation des services**

Le développement de la réforme psychiatrique a coïncidé avec le développement de politiques et de services de bien-être ou politiques communautaires, fortement encouragé par le nouveau système démocratique restauré.

Cette situation nouvelle a entraîné l'apparition de nouveaux professionnels ou a modifié les fonctions de nombre d'entre eux qui, peu à peu, ont configuré un réseau plus ou moins articulé de services spécialisés.

A la figure du psychiatre déjà instauré au sein des équipes, se sont peu à peu ajoutées celles des psychologues, des assistants sociaux, des infirmiers, des thérapeutes et animateurs culturels, des spécialistes d'ateliers, des formateurs sociaux, des formateurs d'insertion au travail, des psychomotriciens, etc.

Certains appartiennent à des disciplines ayant quelque expérience dans le domaine de la santé, quoique assez peu dans celui de la santé mentale ; d'autres n'ont aucune expérience dans ce domaine ou dans des contextes non communautaires. Cela a apporté de la richesse, de la variété et de la diversité aux équipes, mais aussi de la complexité aux rapports professionnels. Cette complexité entraîne également certaines difficultés qui nuisent aux paramètres éthiques devant soutenir la pratique.

Nous faisons allusion ici non pas à de nouveaux professionnels, mais à de nouveaux développements de professions ayant déjà quelque expérience, ainsi qu'à des pratiques mises en place dans des contextes sanitaires ou de santé mentale.

Au fur et à mesure que les services de santé mentale se sont développés<sup>1</sup>, d'autres services transversaux se sont multipliés dans la foulée des politiques de bien-être social. Il convient de signaler que le processus de désinstitutionnalisation autant que le développement de politiques communautaires de santé mentale favorisent le développement du droit essentiel de toute personne à se déplacer dans l'espace social communautaire où il habite, le droit de fréquenter ses services et d'être usager de ses prestations et de ses ressources.

Pour la mise en place de leur mission, ces services croient nécessaire de s'articuler avec les services de santé mentale et vice-versa. Dans certaines occasions est produit ce qu'on appelle un phénomène de transversalisation spontanée des pratiques, des services, des équipes et des professionnels communautaires qui recherchent des effets de changement chez les individus. Des fois, il ne s'agit pas d'une transversalisation planifiée mais spontanée, chargée de bonne volonté, qui amène à des

interventions confuses pour l'usager et/ou le patient. Les sous-entendus, les malentendus, les critiques, les mécontentements, les confusions, les rivalités, cachées ou pas, sont fréquents. Ils ne peuvent pas être attribués à de la mauvaise foi mais à l'insuffisance de cadres conceptuels complémentaires suffisamment partagés, et à l'inexistence encore d'une culture de partenariat. L'offre, et des fois l'exigence de l'utilisation des ressources sans un ordre prioritaire devient une pression excessive pour les usagers et un gaspillage des ressources. Cela arrive quand une personne doit avoir recours en même temps aux services de santé mentale, à ceux des addictions, aux services sociaux, à ceux de la protection des enfants, etc., sans qu'il y ait personne, un repère, qui puisse aider à établir des priorités.

### **Nouvelles pratiques : le risque de « babélisation »**

La richesse culturelle qu'implique l'apparition de nouvelles professions ou de nouveaux professionnels dans les diverses pratiques communautaires et qui ont une influence sur les interventions de santé est grande. Mais le risque d'une « babélisation » ajoutant de la confusion et une mauvaise pratique est aussi important.

Les savoirs classiques centrés sur la pratique de cabinet sont insuffisants face aux nouvelles réalités. A chaque fois, la complexité des situations oblige à des pratiques moins fondées sur l'absolu des certitudes des disciplines et plus fondées sur le questionnement et l'ouverture aux différents points de vue. Cette richesse des visions rend également complexe la prise de décisions, ou les ralentit de façon inadéquate.

Ces nouvelles pratiques professionnelles surgies de la saine décision de ne pas concentrer des services et de parier sur le travail dans et avec la communauté tendent à éviter les dérives décrites dans les asiles d'aliénés et autres institutions totales. Mais la tentation ou le risque totalitaire reste un risque permanent parce qu'il est à l'origine du lien et de la culture. Cette tentation totalitaire, ou du moins totalisatrice, n'est pas extirpable mais contrôlable.

L'éducation en démocratie et en valeurs, la reconnaissance de l'autre comme individu singulier et unique, l'éthique du soin des autres mais aussi de soi-même, le souvenir permanent de notre vulnérabilité et de notre insuffisance originelle, sont des facteurs de protection face aux risques de totalitarisme et de liens captifs.

Les nouvelles pratiques professionnelles doivent être fondées sur la libre circulation dans l'espace de vie et avoir comme objectif la formation des individus pour qu'ils récupèrent leur capacité de décider par eux-mêmes. Tous les professionnels et les services travaillant en réseau doivent contribuer à cela, articulant de façon créative leurs ressources pour le bien du patient. L'important, c'est de partager et pas uniquement de réorienter les patients. Il faut articuler de façon souple des réponses sanitaires et sociales, là où il y a des creux et de la détresse. La réflexion et l'échange des remises en question éthiques doivent être un thème fréquent dans les rapports de tous les services devant garantir les soins.

### **Des conflits éthiques dans la pratique de réseaux : une question professionnelle**

De ces nouveaux professionnels et des nouvelles pratiques de leurs disciplines naissent les propositions actuelles de présences professionnelles innovantes et probablement aussi de nouveaux questionnements éthiques. Evidemment, toute la pratique professionnelle en santé mentale et tous les champs d'accès aux soins et de relation avec des personnes doivent être soutenus par des principes éthiques revus en permanence; mais les avatars de la clinique et les risques de la pratique en désaccord avec l'éthique ont été plus étudiés par les anciens que les nouvelles pratiques communautaires, en particulier en ce qui concerne le traitement aux personnes, jeunes ou adultes à plus fort risque d'exclusion et de mauvais traitements dus à leur difficulté pour envisager leur propre soin. Nous pourrions considérer comme des conflits éthiques tout type de comportement pouvant nuire aux droits de tout individu à un accord fondé sur le respect, la dignité et la protection de ses droits. Sa vulnérabilité, si cela se produit, aug-

1. Nous pouvons parler de services, entre autres, tels que : Des services sociaux, des équipes d'attention aux enfants et aux adolescents, des équipes d'orientation psycho-pédagogique, des équipes de justice en milieu ouvert responsables de l'accompagnement dans l'accomplissement de mesures pénales alternatives chez des jeunes et des adultes, des entités de tutelle pour les personnes ayant un trouble mental, etc.

2. Tel que nous l'ont signalé T. Beauchamp et J. Childress, les quatre principes de la Bioéthique sont : Pas de malfeasance, Justice, Autonomie, Bienfaisance. Ces quatre principes entrent en conflit à de nombreuses occasions dans la pratique clinique et dans les services communautaires.

mente de façon considérable. La confidentialité et le consentement informé sont assez souvent atteints. Le débat éthique<sup>2</sup>, les conflits éthiques en santé mentale et leur mise en pratique est l'un des objectifs que notre Comité d'Éthique de l'Assistance s'est fixé comme tâche il y a déjà cinq ans. La composition de ce Comité est pluridisciplinaire (psychiatres, psychologues, infirmières, un médecin de santé publique, un anthropologue et une avocate) ; il travaille de façon pluridisciplinaire dans des réunions mensuelles afin d'élaborer des documents et des recommandations sur des aspects éthiques de la pratique clinique, ainsi que dans le développement de l'interaction des diverses classes professionnelles qui ont une incidence sur le travail communautaire en santé mentale et en réhabilitation.

Notre Comité a commencé son projet en 2003, présentant un document au 2<sup>ème</sup> Congrès Catalan de Santé Mentale intitulé « Les frontières du psychisme ». La vulnérabilité en santé mentale exige une réflexion attentive préalable à la prise de décisions qui peuvent porter atteinte aux droits. Les thèmes abordés dans le travail effectué ont été les suivants : le consentement informé, la confidentialité, les volontés anticipées en santé mentale (Loi 21/2000 Catalogne et Loi/2002 Espagnole) sur le droit à l'information concernant la Santé et l'autonomie du patient, l'incapacité, l'hospitalisation involontaire, l'hospitalisation et les traitements thérapeutiques de mineurs, les mesures de restriction.

*Notre Comité d'Éthique de l'Assistance (FCCSM) a publié en février 2005 un document-dossier exprimant l'opposition à la régulation en Espagne des Traitements Ambulatoires Involontaires.*

*Une audition parlementaire a proposé à des experts de donner leur avis. La présidente de ce Comité d'Éthique de l'Assistance, Alicia Roig, également représentante et porte-parole d'autres groupes de Catalogne a pu alors argumenter à propos de quelques unes de nos réflexions analysées dans notre dossier, par exemple :*

*Il existe un vide dans l'assistance et les ressources à domicile, ce qui provoque un manque d'attention aux personnes ayant des troubles graves de santé mentale. Ceci est la conséquence de ne pas avoir développé de façon large et harmonieuse les Services Communautaires Sociaux et de Réhabilitation nécessaires proposés le moment venu, par la Loi Générale de Santé et la Réforme Psychiatrique.*

*Un réseau de Services d'Assistance articulée, avec possibilité de fournir une continuité réelle, de soins à domicile et sur place éviterait sans doute un grand nombre d'hospitalisations involontaires et d'abandons du traitement qui permettrait d'avancer dans l'évolution des patients et dans le lien thérapeutique.*

*Nous connaissons les familles et nous nous solidarisons avec leurs difficultés et leurs demandes de traitements et des garanties de liens thérapeutiques continus. Mais en même temps nous considérons qu'une Loi ou Réforme Juridique Coercitive de Traitement Ambulatoire Involontaire ne peut jamais être « l'Alternative » remplaçant l'absence ou l'insuffisance d'équipes de professionnels bien articulés entre eux pouvant donner une réponse aux besoins en santé mentale.*

*Ceci n'est qu'un exemple des réflexions que notre Comité a fait parvenir au Parlement et aux Ministères correspondants de Justice et de Santé. Jusqu'à ce jour, les propositions de Traitement Ambulatoire Involontaire ont été refusées.*



## Conclusion

La réflexion éthique et la création de Comités d'Éthique de l'Assistance, de composition pluridisciplinaire, est la garantie d'un travail en santé mentale qui veille et assure la protection des droits des personnes souffrant d'un trouble de santé mentale et assure également un rapport respectueux et digne.

Dans les missions de prise en charge participent des professionnels de disciplines historiques, spécialisés ; ils ont progressivement adapté et développé leurs pratiques dans le contexte communautaire, mais en même temps se sont ajoutés de nouveaux professionnels qui apportent une complémentarité. Peu à peu ont été également créés de nouveaux services d'assistance primaire qui s'occupent des besoins sociaux et de la santé des personnes dont nombre d'entre elles ont des difficultés psychologiques ou psychiatriques, apportant des ressources pour la recherche de solutions.

Cet ensemble de services spécifiques de la santé mentale ou d'autres systèmes de soins interagissent dans ce que nous pouvons appeler la trame d'un réseau social absolument nécessaire pour faire face aux aspects démunis issus de l'augmentation de la vulnérabilité.

Autant les nouvelles pratiques professionnelles en santé mentale que l'intervention d'autres professions, d'autres systèmes s'occupant des personnes en difficultés, apportent une richesse dans la prise en charge et comportent de nouveaux principes éthiques dans des thèmes tels que l'information et la volonté du traitement, le consentement, l'utilisation de termes inappropriés ou susceptibles de stigmatiser, etc.

C'est à cause de tout cela que nous trouvons opportun de signaler l'importance de l'incorporation, autant dans la pratique quotidienne que dans leurs rapports avec d'autres équipes dans le cadre de travail en réseau, d'une perspective éthique et de la création de créneaux pour le débat des formes et des effets des pratiques d'assistance et des pratiques des soins. La création et le développement de Comités d'Éthique de l'Assistance favorisent la naissance de cet espace de réflexion tellement nécessaire à nos pratiques.

Texte traduit de l'espagnol  
par Graciela Klang

# Un psychiatre et la précarité

Jean Furtos

**Mais l'action des hommes s'est atomisée...  
Quel vide, quel vide entre eux !**

*(Elias Canetti, Le territoire de l'Homme)*

**On peut vivre sans psychiatre, je veux dire : une société peut vivre sans psychiatre ; d'ailleurs, même si la psychiatrie a été l'une des premières spécialités médicales, elle est relativement récente en Occident, depuis Pinel et quelques autres. La question est de savoir si elle est historiquement pertinente par rapport à d'autres manières d'approcher la souffrance : la magie, la religion, la guerre, le social.**

**J**e prends un exemple qui m'avait beaucoup frappé, il y a une dizaine d'années. Je me trouvais à Lille, pour une journée avec les psychiatres italiens de Trieste. Il y était notamment relaté la pratique d'un mécanicien d'un pays de l'Afrique de l'Ouest qui avait reçu le prix Franco Basaglia. Cet homme avait construit un village pour les fous exclus et errants dans sa région, et il avait obtenu d'excellents résultats à l'intérieur de l'asile qu'il avait créé. Sa théorie de la pratique était la suivante : « *tous les hommes sont des fils de Dieu, mes frères, et je leur dois le respect* ». Il est vrai qu'en cette matière, le respect fait des miracles ; mais j'avais souligné, dans la clôture qui m'avait été demandée de cette journée, le fait que cet homme, qui faisait des choses exceptionnelles avec les fous maltraités, n'était pas un « psychiatre » : non parce qu'il n'avait pas le diplôme, mais parce qu'il manquait d'une théorie de la vie psychique. Le patron administratif de la psychiatrie de Trieste en avait été offusqué et s'était levé pour manifester une forte désapprobation de mes propos, car je crois qu'à Trieste la pratique comme machine à désaliéner prime sur toute théorie explicite considérée comme une idéologie. Le mécano aurait pu avoir besoin d'un psychiatre s'il

s'était senti dépassé dans ses compétences d'accueil, par suite de phénomènes individuels ou intersubjectifs qui l'auraient dérangé et qui auraient dû recevoir la qualification au moins implicite de psychiques. Par contre, s'il a reçu de l'OMS des médicaments psychotropes gratuits, suite à l'obtention de son prix, il s'agit de médicalisation, pas de psychiatrie. En ce qui me concerne, je crois que c'est la rencontre d'une pratique et d'une théorie du *psychisme* qui fait le psychiatre, et je dirais, le psy en général.

Quelle est la place du socius dans ce cadre pratique-théorie qu'est la psychiatrie ? C'est la question que pose avec acuité la précarité psychosociale qui caractérise le temps où nous vivons, et c'est la question que m'a posée Christian Laval. Certes, le fait que je me sois activement intéressé au contexte social depuis 1993 pourrait faire penser que ma réponse sera biaisée puisqu'en quelque sorte la précarité est devenue pour moi une spécialité ; mais cela n'est pas tout à fait exact, car le contexte est resté le contexte, fut-il d'une puissance majeure. J'ai toujours tenté de préserver le cadre et d'apporter une contribution en ma qualité de psychiatre, à notre époque et en tout premier lieu à ceux qui travaillent au sein d'une relation d'aide professionnelle, afin qu'ils sachent où ils habitent et en quoi le contexte social modifie leur pratique pour qu'elle soit pertinente et, si possible, efficace.

**Tout a commencé, pour moi, par l'époque de la souffrance**, et d'abord par la reconnaissance du fait que « *les gens ne souffrent plus comme avant* »<sup>1</sup> : bénéficiaires du RMI, chômeurs de longue durée, jeunes azymutés des quartiers dits sensibles, et quelques autres. Tous ces gens souffraient d'un malaise évident, d'une souffrance psychique pouvant être qualifiée par la très freudienne notion de *souffrance psychique d'origine sociale*<sup>2</sup> ; ce qui empêchait autant la réinsertion qu'un traitement approprié. Cela provoquait chez les praticiens un malaise professionnel fait d'impuissance et de découragement, avec l'impression que ni les choses, ni les personnes, n'étaient à leur place.

1. Cette parole d'une infirmière, Jacqueline Picard, en 1993, a amorcé tout le processus de création de l'Orspere.

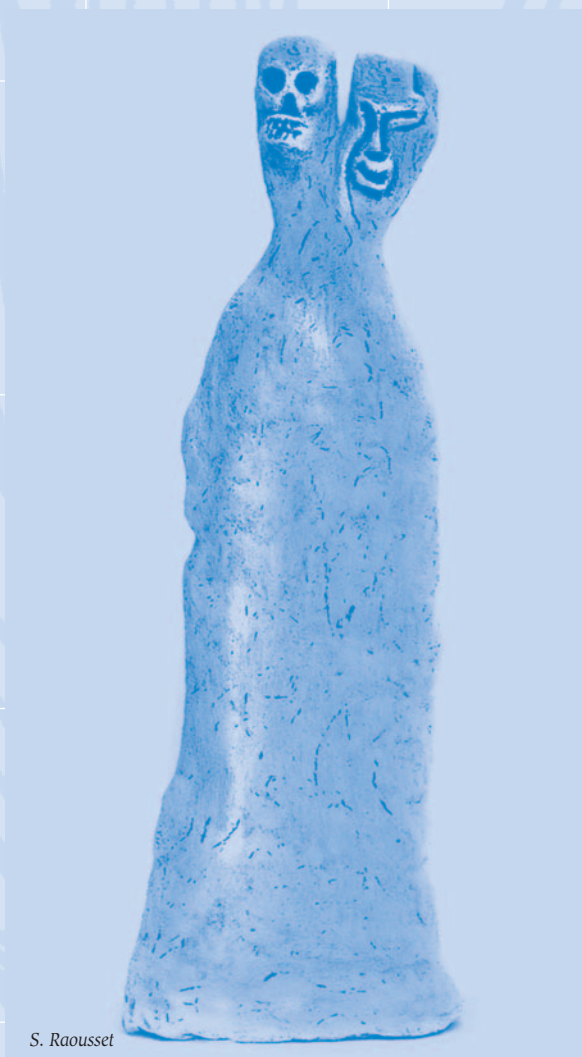
2. In « malaise dans la civilisation ».

Ce malaise partagé a constitué le carburant de la formation des réseaux. A la fin du colloque du Vinatier de 1994 sur le thème « *déqualification sociale, devoirs et limites de la psychiatrie de secteur* », je me suis écrié, à la fin de la rencontre : « *je suis brisé* » ! Il s'agissait d'une brisure efficace, la brisure d'un social emmuré dans le cadre muet des pratiques de cabinet ou de service public, la brisure de savoir que seul, on ne peut rien, le commencement d'un soulagement au prix d'un sentiment pénible. A ce moment-là, les processus sociaux du chômage, la violence sociale, ce que l'on appelle, à tort selon moi, la *société post-moderne*, mais aussi le capitalisme financier, de sinistre actualité, sont devenus des éléments signifiants à connaître pour aider une personne authentifiée comme « malade » ou/et en situation de précarité excessive.

Alors quelque chose en moi, du sein de ce malaise actif, s'est appuyé sur un refus, « *non, ce n'est pas possible de laisser aller les choses comme ça* ». Cette pensée du refus s'est transformée en une volonté affirmative, une simple idée au début : « *il faut étudier ; je vais étudier les nouvelles pathologies avec tous les autres qui sont en première ligne* ». Cette volonté a rendu possible la seconde époque que je préciserai plus loin. Le plus difficile résidait dans le fait que mes collègues croyaient que j'avais *abandonné la clinique*, ils voulaient dire la clinique uniquement individuelle, crime suprême contre la figure du psy d'avant la société précarisée. En revanche, j'ai beaucoup progressé grâce au compagnonnage avec un sociologue issu du travail social, Christian Laval (et ses collègues), pour constituer avec lui le couple fondateur (de l'Orspere) grâce auquel la certitude d'avoir raison dans ma discipline ne fut plus possible sans contestation épistémologique ni vigueur d'un questionnement réciproque. En matière de précarité humaine, il convient d'accepter d'être dérangé.

**Le plus fascinant était la réorganisation par paliers de la pensée.** Je me souviens d'un jour où vint me voir Claude Bouchet <sup>3</sup> que j'avais rencontré aux conférences régionales de santé, et qui me dit en souriant : « *je ne te quitterai pas que tu ne m'ais dit ce que tu as compris* ». Et je me suis vu penser, élaborer, et lui décrire ex abrupto, en deux heures,

les quatre phases psychodynamiques <sup>4</sup> allant de la bonne santé mentale en société précaire, celle qui aide à vivre, jusqu'à la plus térébrante que j'ai appelée, à partir de 1999, *le syndrome d'auto-exclusion*. Le plus surprenant était que cette néoclassification me rappelait quelque chose ; je suis allé relire sur le champ un texte de Christian Laval où il déroulait les quatre phases de la désaffiliation selon Robert Castel... Ma pensée s'était donc subconsciemment étayée sur celle d'un sociologue pour penser en tant que psy le même objet..., mais il avait fallu une question pour l'organiser en tant que telle, et pour que, sans peur du vide, je m'y lance. Faire confiance à la fluidité pertinente de la pensée nous a, par la suite, permis de produire la revue *Rhizome* sur des thèmes que nous ne connaissions pas, mis à part le fait qu'ils insistaient ; mais là, j'anticipe.



S. Raousset

3. Ex Directeur du CRAES CRIPS.

4. Cf. article de J.Furtos, *Epistémologie de la clinique psychosociale (la scène sociale et la place des psys)*, *Pratiques en santé mentale*, N°1, 2000.



Ce fut en tous les cas une période féconde de ma vie professionnelle, même s'il fallait en passer par la clinique psychosociale, celle où la souffrance apparaît sur les lieux du social et ne frappe que secondairement à la porte des psys. J'avais l'impression de découvrir des pays nouveaux où le cloisonnement professionnel nous empêchait habituellement de nous aventurer. Chemin faisant, le malaise, en réalité souffrance inassumable d'autrui à porter autant que difficulté éthique et professionnelle, devenait sens à partager, à investiger, âme de la pratique.

### **C'est ainsi qu'a commencé une seconde période d'étude à partir du malaise des professionnels impliqués dans la santé mentale**

Puisque la souffrance partagée donnait du sens à l'intersubjectivité, du poids à la pensée et de la force à l'action, il fallait continuer de l'explorer, mais non sans une structure d'accueil. La création officielle de l'Orspere, en 1996 permit un travail intense et productif. A partir de ce moment, je m'en rends compte en l'écrivant, il y a une forme de condensation entre mon histoire de psychiatre que je raconte ici, et la structure Orspere, c'est-à-dire entre un sujet, un collectif et sa reconnaissance sociale. Un psychiatre isolé, c'est comme le bébé de Winnicot, cela n'existe pas.

Il a fallu le soutien légitimant de l'Etat : Xavier Emmanuelli, alors au gouvernement, la Préfecture de région Rhône-Alpes, la DRASS Rhône-Alpes, puis la DGAS en 1999, rejoint par le DGS<sup>5</sup> en 2002, pour que l'Orspere devienne national (Onsmp). Il a aussi fallu qu'un directeur général du Centre Hospitalier le Vinatier, Jean-Paul Ségade, prenne le risque de mettre l'intelligence de l'administration au service d'une structure innovante, selon le jargon consenti.

Cette époque a abouti à la création d'un réseau pluridisciplinaire national (journées nationales de recherches cliniques de l'Arbresle), à la fondation de la revue Rhizome, très diffusée, véritable *cerveau collectif* d'un univers humain clinique et sociétal en transformation, et à la mise en œuvre de recherches-action qui ont produit un savoir transmissible à partir du malaise productif des intervenants de première ligne de la clinique psychosociale : travailleurs sociaux, soignants, psys, médecins du travail, maires, bailleurs, PJJ, etc.

La structure se complétait de Claudine Bassini, chargée de mission, de Valérie Battache, secrétaire, et de Valérie Colin, docteur en psychologie, pour les recherches ; de même, Jallil Lahlou, Samira Richer et aujourd'hui Nicolas Méryglod concouraient au travail en tant que psychiatres, assistants des hôpitaux. Ce noyau de 6 personnes est au service de plusieurs cercles concentriques : le Conseil scientifique, présidé par Stéphane Paul, les chercheurs associés, les réseaux de convergence et d'affinité, le comité de rédaction de Rhizome, le lectorat de la revue, au total plus de 30.000 personnes.



S. Deteuil

Cette époque s'est close par un congrès international en 2004, où la notion d'une nouvelle définition de la santé mentale en actes<sup>6</sup> s'est proposée à travers des milieux et des pays hétérogènes. On voit encore une fois comment le malaise, dans les bons cas... se transforme en force collective où chacun se sent mieux à sa place, même dans un monde hyperfluide, déstabilisant si l'on n'a pas un diagnostic correct du contexte et de ses effets psychiques ; le refus de l'intolérable préluant à l'affirmation d'une volonté de savoir et d'agir.

5. La DGAS (Direction Générale de l'Action Sociale) et la DGS (Direction Générale de la Santé) soutiennent l'ONSMP

6. « Une santé mentale suffisamment bonne peut être définie comme la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité mais non pas sans révolte », in Furtos.J., Laval C., (Sous la dir.de) La santé mentale en actes, de la clinique au politique, Eres, 2005, page 32



### La troisième époque a consisté en un retour au métier

Ce fut comme une divine surprise : un long, périlleux et passionnant détour par la clinique psychosociale a abouti à la définition d'un champ de santé mentale où la psychiatrie n'est qu'un des éléments clefs du champ et m'a paradoxalement donné des « biscuits théoriques » pour revenir auprès de mes pairs en les aidant à reconnaître des diagnostics ignorés, et donc des conduites à tenir plus adaptées. Cela ne concerne pas les collègues engagés depuis longtemps, avant nous pour certains, dans des pratiques auprès des personnes les plus précaires, comme Jean Maisondieu, Jean-Pierre Martin, Sylvie Zucca, et aussi certains psychanalystes qui ont étudié les cliniques de l'extrême et du lien social : René Roussillon, Alain Ferrand, Bernard Duez, certains courants de l'École de la Cause Freudienne (CPCT<sup>7</sup>).

Les « biscuits » dont je parle sont entre autres ceux-ci : les effets psychiques de la mauvaise précarité (car il y a une bonne précarité, celle de la vulnérabilité humaine ordinaire), ont pour horizon ultime *l'horreur traumatique du sentiment de ne plus appartenir à la communauté des humains*, l'exclusion. Cet horizon est capable de générer chez les personnes un syndrome d'auto-exclusion, facilement réversible dans certains cas, qui ressemble comme un frère aux signes déficitaires de la schizophrénie (je ne parle pas ici des variantes). On comprend qu'il est capital de ne pas confondre, car il peut y avoir auto-exclusion autant chez des non schizophrènes que chez des schizophrènes, dont tous les signes ne viennent pas de la maladie : on peut être malade et subir les effets de l'exclusion, et on peut vivre les effets psychiques de l'exclusion sans psychopathologie classique, mais non sans effets psychodynamiques<sup>8</sup>.

Ce qui m'amène à revenir au mécanicien dont je parlais au commencement : il utilisait le respect, non pas le traitement mais l'antidote de l'exclusion, et son message pouvait être formulé ainsi : *tu fais partie du même monde que moi en tant que fils de Dieu, et je te respecte en tant que tel*. Or, il en est de même pour le syndrome d'autoexclusion : avec ou sans Dieu, on peut parler de fraternité humaine qui

en appelle à la justice. Evidemment, on objectera à juste raison qu'il n'y a pas besoin d'être psy pour respecter l'humain... Sauf que nous avons décrit la structure paradoxale de ce syndrome : *de désespoir, je sors de moi-même pour rester vivant, je m'empêche de vivre et de souffrir avec autrui, pour rester vivant*. Ce faisant, le sujet reste effectivement vivant, mais à l'envers, ce qui mérite d'être reconnu comme tel dans tous les signes par lesquels il se manifeste... en disparaissant<sup>9</sup>, ou en réapparaissant de manière paroxystique ; cela n'est pas simple à accepter, d'autant que la souffrance inassumée se transmet comme malaise chez celui qui aide et favorise un surcroît de rejet et/ou de rétorsion, l'aidant se protégeant ainsi comme il peut. *Par conséquent, le respect, toujours nécessaire, ne va pas de soi, loin s'en faut*. Il se conquiert, il s'apprend, et pas seulement comme un savoir, bien que le savoir puisse aider.

**Au fil du temps, les études psychosociales à partir des terrains ont débordé le cadre du métier du côté d'une anthropologie assez directement branchée sur l'économique et le politique**, ce qui nécessite quelques remarques.

Qu'est-ce que la précarité, au juste ? Dans sa version ordinaire, c'est avoir besoin des autres pour vivre. Le bébé, plus qu'aucun autre âge de la vie, est éminemment précaire ; répondre convenablement à ses détresses crée une *triple confiance*<sup>10</sup> : en lui-même, en autrui, en l'avenir. En dehors des catastrophes collectives, la psychopathologie est constituée par les avatars de cette précarité ordinaire, intrafamiliale et micro contextuelle. Mais lorsqu'une société se construit sur une mauvaise précarité, lorsque l'incertitude des principes comme des étayages macrosociaux devient la norme, elle produit au contraire une triple perte de confiance : en soi-même, d'où les troubles dits du narcissisme, avec une méfiance en autrui, d'où un isolement généralisé et une paranoïa sociale, et une méfiance en l'avenir, d'où le sentiment collectif de la décadence, forme de mélancolie sociale. L'étude précise des pathologies de la précarité, en France et ailleurs, montre que la perte de confiance est le socle vacillant des phénomènes individuels collecti-

7. Centre Psychanalytique de Consultations et de Traitement destiné aux personnes précaires.

8. Sur ces différences, cf. le chapitre sur l'auto-exclusion in Furtos.J., *Les cliniques de la précarité*, Masson, 2008, pp. 118-133.

9. Sur ces aspects psychodynamiques, cf. opus cité note 5.

10. Pour approfondir ces notions, lire le chapitre *L'apparition du sujet sur la scène sociale et sa fragilité : la précarité de la confiance*, in Furtos.J., *Les cliniques de la précarité*, Masson, 2008, pp. 11-22.

vement constatés sur un grand nombre, et pas seulement sur les plus démunis. A contrario, la confiance autour de repères partagés construit le narcissisme individuel et groupal.

Ainsi, les médecins du travail, dans la mouvance de Christophe Desjours et de Philippe Davezies, ont-ils décrit des pathologies, du stress au travail jusqu'au harcèlement moral, qui sont résolument de l'ordre de la mauvaise précarité.

Ainsi, chose inouïe, inattendue en tous cas, la crise financière actuelle révèle-t-elle une perte de confiance contagieuse et massive : le symptôme, d'abord décrit chez les plus démunis, puis dans les classes moyennes..., s'est déployé chez les décideurs financiers et économiques. Travailler sur les marges avec les plus précaires, c'est travailler sur le centre, bien que celui-ci n'en veuille rien savoir. La marge et le centre ont partie liée mais clivée.

### **Quel avenir ?**

Que vont devenir les pathologies de la précarité dans les années qui viennent ? Bien malin qui pourrait le prédire. On peut supposer que le conflit constitutif de l'époque, à savoir l'incompatibilité logique entre les droits de l'homme, vendus au monde entier, et la loi de la jungle du capitalisme financier, qui prévalait jusqu'à présent en déniait les droits de l'homme perversément bafoués, va recevoir une nouvelle configuration, et donc produire des effets psychiques et sociaux remaniés. Emportés dans le mouvement mondial des flux d'argent, des biens et des individus, sans égard ni respect réel pour la vie concrète des gens, les droits de l'homme risquent d'être discrédités et d'appeler leur contraire.

Je me refuse pourtant à prophétiser le malheur, car l'avenir nous est inconnu : non pas les processus à l'œuvre, partiellement visibles, mais la manière dont le conflit logique va évoluer.

Cela dépend de trois facteurs intriqués, *du point de vue de ce texte* :

- de la capacité de révolte, c'est-à-dire la capacité de dire non à tout ce qui attaque le sentiment d'appartenance à la commune humanité. A cet égard, il convient de ne pas valider une habitude croissante de psychologisation des problèmes, qui contribue à l'atomisation de l'individu en le coupant de sa groupalité. Si *l'un des effets des droits de l'homme réside dans l'individualisation et la subjectivation des problèmes, d'où la légitimation des psys, il est vital de savoir que la prise en compte des effets psychiques préserve la complexité tandis que la psychologisation la réduit.*

- de la difficile ascèse des politiques et des décideurs qui devraient s'abstenir de valider la paranoïa, la mélancolie, et l'isolement collectif qui sont les effets de la perte de confiance.

- de l'action de tous ceux qui œuvrent dans le champ élargi de la santé mentale ; leur rôle est de transmettre ce qu'ils observent sur les différents terrains, et, par leur travail, de permettre aux personnes soumises à des processus pathogènes, quels qu'ils soient, de garder le goût de vivre, que celui-ci soit agréable ou désagréable.

Le pire est l'anesthésie.

La Ligue déploie une activité de réflexion et d'échange sur les savoirs, les pratiques, les idées, en santé mentale. Nous avons été surpris, agréablement, de voir de plus en plus souvent des jeunes se tourner vers notre association pour trouver un lieu de formation continuée, un espace de rencontre, ou encore pour découvrir, au sortir de l'école ou de l'université, d'autres modalités de transmission que celles fondées sur l'académisme ou l'apprentissage des connaissances. La Ligue n'est pas une école, elle ne pourrait l'être. Elle se justifie par contre comme « terrain d'entente », au sens le plus dialectique du terme, à savoir comme une place où les expériences, les opinions, les différences et les divergences peuvent se dire et être entendues. A ce titre, la Ligue fonctionne comme un laboratoire, la chimie des idées opère, ... des produits intellectuels surgissent, on s'en saisit ou non, ils ont leur vie propre, ils s'échappent de l'association, agissent à la périphérie en boucles récursives dans des équipes, dans d'autres associations. Pour ceux qui la fréquentent, la Ligue est une scène de transformation bien plus que de formation.

L'ouverture et l'accès de l'association aux jeunes se sont imposés comme une évidence accrue, ces dernières années. Ils s'adressaient à nous, et nous avions l'intuition qu'une responsabilité nous revenait spécifiquement. Nos portes se sont un peu plus ouvertes, des étudiants et de jeunes professionnels sont venus nous aider concrètement dans la logistique d'événements, congrès et colloques que nous organisons. Une familiarité s'est construite dans ce partage de tâches pratiques, le courant est passé, l'écart générationnel a fonctionné et a facilité le contact.

Ensemble, nous avons convenu de mettre en place un premier groupe de travail permanent qui leur était réservé. Conçu avec eux et animé par eux, ce groupe de travail existe depuis plus d'un an, et selon leurs propres mots, fonctionne comme « un espace-support de partage et de transmission autour de la construction de leur nouvelle expérience professionnelle ».

Leur seule présence « dans les murs de la Ligue », nous transforme déjà. Comme c'est parfois le cas

## Retour en avant : comment transmettre

**Transmettre, ... ça paraît évident. L'histoire des civilisations est une longue succession de moments de transmission. Chaque époque en repense les conditions car les coordonnées de la vie ensemble changent.**

**Dans notre association, communément appelée la Ligue<sup>1</sup>, cette question nous préoccupe depuis quelques années, sans doute parce qu'elle nous concerne particulièrement, nous qui sommes à l'âge intermédiaire entre une jeune génération qui s'engage et celle d'ainés fondateurs, aujourd'hui retraités.**

Eric  
Messens

Charles  
Burquel

Directeur et  
Vice-président de  
la Ligue  
Bruxelloise  
Francophone pour  
la Santé Mentale

avec des hôtes dans notre maison, il y a une nouveauté, un inattendu avec eux. Imprévisibilité de la rencontre. Ce n'est pas d'une simple hospitalité dont il s'agit. On est au-delà de la bienséance et du savoir-vivre. Leur présence tient de l'installation, de l'appropriation. Ceux qui fréquentent régulièrement notre association, les anciens ou les habitués comme on dit, un peu sceptiques au début, s'étonnent aujourd'hui de leur présence, sur le mode de l'intérêt, de la curiosité. Ils la trouvent juste, tonique, et commencent à l'encourager. Il faut poursuivre cette rencontre, disent-ils. Accueillir « au sens de prendre soin de » la jeune génération, c'est créer les conditions d'une réciprocité qui agit sur les uns comme sur les autres.

Nous espérons que ces jeunes sentent que la Ligue est à conquérir. Qu'ils se saisissent de nos affaires ! Après tout, c'est comme cela qu'il doit en être si on veut penser le relais d'une génération à l'autre. De notre côté, nous voyons dans ce début d'envahissement les conditions d'un questionnement salutaire de notre propre environnement de travail, de nos habitudes, de nos répétitions, peut-être même de nos tâches aveugles. Nous sommes sensibles à

1. Ligue Bruxelloise  
Francophone pour la  
Santé Mentale



2. Psymages est une association fondée pour promouvoir la réflexion sur l'audiovisuel en santé mentale et l'accès à l'information et à la documentation audiovisuelle dans le secteur de la santé mentale.

cette ambiance nouvelle et inédite. Nous en parlons comme d'une convivialité, laquelle augure, à nos yeux, de perspectives pour régénérer les idées. Une ambiance, une convivialité... Jean Oury et Henri Maldiney en ont souvent décrit les potentiels dans les journées de congrès où nous les avons conviés à nous parler. Nous les reprenons à notre compte à la Ligue, elles sont l'atmosphère, le climat, dont nous avons besoin pour que la transmission soit autre chose qu'une affaire un peu sèche et technique de passation d'objets de connaissance. Pour être constituante, la transmission se marie avec l'authenticité du témoignage, elle gagne à se jouer dans l'espace interpersonnel, elle nécessite des conducteurs animés d'envies, de passions, d'originalités, avec du caractère,... subjectifs en fin de compte ! La transmission repose sur des engouements, des humeurs, des montées d'adrénaline, des désaccords, des fâcheries...pourquoi pas ? On s'appelle, on se ré-interpelle, ... rien n'est plus dommage que des aînés qu'on laisse dormir en paix ! Quand les partenaires de la transmission veulent se revoir, quand ils en redemandent, ne se laissent pas tranquilles, s'émeuvent, sans doute alors, à cette condition, on se dira que des effets de transfert sont à l'œuvre.

Nous le voyons bien à la Ligue, quelque chose de cet ordre bourgeoise autour de ces rencontres. Il n'a pas fallu longtemps pour que surgisse le désir de faire plus, d'aller un pas plus loin. Ce qui s'est concrétisé par l'organisation en octobre dernier d'une journée-événement pour accueillir et faire vivre le rendez-vous des générations devant un large public. Cette journée, nous l'avons appelée « *Traversées* », elle est déjà la seconde du nom, réplique amplifiée d'une première initiative semblable, il y a quelques années. « *Traversées* », une appellation choisie, un label ? Nous sommes convaincus que transmettre fait traverser côte à côte. Jeunes, moins jeunes, et aînés passent ensemble ailleurs, vers quelque chose d'autre, un état modifié de perception, de compréhension, et de formulation, lorsqu'une conversation les rassemble sur la question, non pas des connaissances dures ou convenues de leurs métiers, mais de l'implication personnelle, de cette part où la subjectivité

de chacun est engagée dans l'épreuve professionnelle.

Des circonstances favorables nous ont aidés pour organiser la deuxième édition de « *Traversées* ». Une association, voisine et amie, Psymages<sup>2</sup>, nous proposait trois entretiens-filmés de sa série « *Mémoires de psys* », une collection constituée pour laisser une trace visuelle et parlée de la vie active de seniors, grands témoins, fondateurs progressistes, critiques éclairés des institutions de psychiatrie et de santé mentale dont nous avons hérité et où nous accueillons à notre tour la génération montante.

Ces trois aînés sont Léon Cassiers, Micheline Roelandt et Siegi Hirsch. En Belgique francophone, ils ont été chacun dans leur genre, pionnier d'une cause, précurseur ou visionnaire d'une psychiatrie à sortir des ténèbres. Ils ont formé des générations de psys dont nous sommes, ils ont créé ou modernisé des institutions qui sont nos lieux de pratique. Ils ont débuté après la guerre, animés du désir collectif de sortir de l'effondrement social qu'elle avait produit. Leur maturité professionnelle a eu pour toile de fond les années 60/70. Mai 68 a été une vraie expérience dans leur parcours, ils ont participé jusque dans les actes au mouvement critique et contestataire des pesanteurs institutionnelles de l'époque. Ils nous ont laissé en héritage des institutions, des valeurs, une pensée, marqués par l'esprit humaniste.

Nous nous sommes rendu compte que les jeunes, étudiants et travailleurs, ne les connaissaient pour ainsi dire pas. Nous leur avons montré ces trois films. Ils ont été touchés. La nature et le contenu des témoignages les ont manifestement interpellés : messages puissants, évocation d'un temps qu'ils n'ont pas connu, histoires de combats contre la déshumanisation, contre l'aliénisme, remises en question, récits d'ouvertures, d'inventions, au fil de trois vies professionnelles et de leurs engagements. En trois fois quarante-cinq minutes à l'écran. D'un coup, les premiers épisodes d'une histoire qui les concerne, mais qu'ils ne connaissaient pas, leur était présentée sur le mode dense et vivant que seuls l'image filmée et l'interview permettent.

Nous leur avons proposé de se mettre au travail sur ces films, de s'intéresser aux trajectoires profes-

sionnelles de leur trois aînés, dans la perspective de les rencontrer lors de la journée « Traversées » que nous projetions d'organiser, et ce jour-là, après la projection des entretiens- filmés devant le public, de s'adresser à eux dans une conversation de génération à génération, pour les questionner, pour leur demander de raconter encore une fois souvenirs et anecdotes, pour recevoir aussi des conseils et des encouragements dans leur propre parcours débutant. Au fond, nous avions un peu le sentiment d'organiser une rencontre comme celles que de temps à autres, les parents mijotent en famille pour que les enfants parlent aux grands-parents et que se dise ce qui ne peut se dire qu'avec un saut de génération.

L'évènement a été un succès. A tel point que nous en parlons ici avec la conviction d'avoir à le rééditer et à le conseiller.

Elles furent cinq jeunes psychologues, certaines encore aux études, à se lancer dans l'aventure. Un travail durant tout l'été pour préparer la rencontre, construire les questions, les commentaires, établir les liens avec leurs jeunes histoires personnelles,... puis le 10 octobre dernier, il y eut ce moment à la fois tendu et émouvant de leur prise de paroles sur la scène d'un théâtre bruxellois. Un tel enjeu méritait bien un peu de mise en scène !

Léon Cassiers, Micheline Roelandt et Siegi Hirsch ont écouté leurs questions. Des questions de jeunes, bien entendu, puisqu'elles sont au commencement de leur métier, des questions que nous ne poserions peut-être plus, et nous étions heureux qu'elles le fassent pour nous. *Comment s'engager aujourd'hui, où aller chercher l'enthousiasme, est-on encore dans un monde de « tous les possibles », que faire face à la vague gestionnaire, comment penser la violence, l'individualisme, la psychiatrie pharmacologique, la déliaison sociale, l'accueil de l'autre différent, malade ?*

Puis, ils leur ont répondu. Des réponses que nous prenions aussi pour nous, comme des pas japonais pour poser nos pieds sur quelques fondations, quelques convictions fortes, d'où chacun puisse se réorienter. Il y avait par moment de la magie. Des phrases simples pour défaire des impasses, le bon sens à la place du jargon, des récits comme méta-

phores, des anecdotes pour faire rire, des aveux d'impuissance ou d'inquiétude pour l'avenir. Ils nous ont parlé de la clinique indissociable de la question politique, de leur travail comme engagement, de la curiosité pour l'autre, d'une conception de la relation à l'autre sans construction théorique préalable, de la perspective de se former dans la rencontre autant que par l'acquisition des connaissances théoriques, d'une psychiatrie qui ne serait pas vétérinaire, de la militance, de l'audace et de la peur, de la désobéissance, des réunions après les heures de travail, de la générosité, de la guerre, des camps, des promesses au sortir de cette horreur, d'injection de vie, de l'humour comme levier thérapeutique, de la condition d'être humain et de ce qui distingue fondamentalement l'homme de l'animal, des rapports du sujet à la liberté, de nos liens avec l'héritage philosophique humaniste.



S. Villefranche

« J'ai mis en place des choses sur lesquelles ensuite j'ai mis des mots ». Cette formule de Siegi Hirsch dit peut-être le mieux ce qui fut le sel de cette journée de transmission. Sur leurs métiers, nos aînés nous ont montré que les compétences sont liées à

ce qu'on apprend à l'épreuve des situations vécues, dans l'implication subjective, et pas seulement aux savoirs techniques. Être professionnel se situe tant du côté des qualifications acquises sur les bancs de l'école, moyennant diplômes et certificats, que sur le registre de l'investissement, de l'appropriation et de l'interprétation personnelle dans les savoir-faire sur le terrain. La compétence dans le métier s'appuie sur des connaissances, on les apprend, on les assimile, mais elle se construit également par notre façon d'être présent dans les situations et à côté des personnes qu'on accueille et qu'on soigne. La présence comme acte, le choix d'une pratique de la présence autant que du projet, ... ces idées nous ont séduits. Dans leurs témoignages, nos aînés, héros du jour, ont veillé à restaurer à leur juste place, en les distinguant bien des savoirs consensuels et validés, les ressources et les feeling naturels, on serait tentés de dire, instinctifs, qui sont si facilement disqualifiés au nom de l'hyper-professionnalisme et de la normativité.

La journée « Traversées » nous a également comblés pour une autre raison. L'entrée des jeunes dans notre communauté professionnelle est un temps insuffisamment pensé. Ce moment délicat où l'étudiant passe d'un monde, celui de l'université ou des écoles supérieures, à l'autre, le monde du travail, est bien peu symbolisé. On en parle peu, comme si cela ne méritait pas notre intérêt. Il n'y a pour tout dire aucune ritualisation autour de ce passage. Pourtant, l'accueil de celui qui quitte un lieu pour un autre, le temps où les choses flottent pour lui entre les deux, un temps qui prend parfois les allures d'un exil, tout cela devrait parler aux psys, habitués à écouter les difficultés, voire la souffrance, de patients éprouvés dans le déplacement. Or non, il faut bien se rendre à l'évidence, rien n'est vraiment

prévu pour les recevoir officiellement, pas même un mot de bienvenue dans nos grandes associations ou nos sociétés scientifiques. Combien de fois n'avons-nous pas reçu, affligés de ce que nous entendions, ces récits de jeunes gens perdant lentement leurs illusions dans le no man's land de l'attente d'un emploi, ou ces témoignages de jeunes accueillis rudement ou dans l'indifférence par des équipes en burn-out ou vivant leur jeunesse comme une concurrence ?

Avec l'initiative « Traversées » et avec le mouvement autour de l'accueil de la jeune génération à la Ligue, nous avons voulu essayer autre chose pour contribuer à la construction de leur identité professionnelle et de leur appartenance à une communauté de travail et de pensée. L'appartenance se constitue sur des rituels, depuis toujours. Epreuve et fête : pour cette journée, du travail a été nécessaire de la part de nos jeunes psychologues ; elles ont dû surmonter leur appréhension, prendre la parole en public, s'adresser « à nos maîtres », mais ensuite, applaudissements, reconnaissances et convivialités autour d'elles et de leur groupe pour manifester qu'ils et elles sont désormais de la famille... En ces temps de médiocrité culturelle sur le dos des masses, ne prenons que l'exemple de la télévision qui fait si souvent son beurre de passions tristes sous la forme d'une gamme de jeux populaires où on procède par l'élimination des faibles, nous espérons ritualiser à la Ligue quelques moments plus passionnément heureux et réjouissants destinés à prendre soin de l'affiliation et de l'adoption de nos nouveaux compagnons de travail.

Ce faisant, nous notons avec un brin d'émotion et d'amusement qu'il nous a fallu passer par un retour à la génération qui nous a précédés pour faire ce pas... en avant.





# Bibliographie

## Ouvrages et articles

**Agnetti G.**, 2007, « Arrivano i consumatori: dove andiamo ? », in *Psichiatria di Comunità*, 6, 73-79.

**Anzieu D.**, 1996, *Créer, détruire*, Dunod, Paris.

**Astier I.**, 2005, « Qu'est-ce qu'un travail public ? », in Jacques Ion (dir.), *Le travail social en débat(s)*, Paris, La Découverte.

**Aulagnier P.**, 1975, *La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé*, Paris, Puf.

**Basaglia F.**, 1981-82, *Scritti*, 2 vol., Einaudi, Torino.

**Basaglia F.**, 2007, *Psychiatrie et démocratie. Conférences brésiliennes*, Érès, Toulouse.

**Barus Michel J., Giust-Desprairies F., Ridet L.**, 1996, *Crises*, Desclée de Brouwer, Paris.

**Beauchamp T.L., Childress J.F.**, « *Principles of Biomedical Ethics* », Oxford University Press. New York, Oxford 1979, 3<sup>a</sup> ed. 1989.

**Beaulieu A.**, 2005, *Michel Foucault et le contrôle social. Actes du colloque international de Montréal*, Les Presses de l'Université Laval, coll. « Mercure du nord », Québec, Canada.

**Benasayag M., Schmit G.**, 2003, *Les passions tristes. Souffrance psychique et crise sociale*, Éditions La Découverte, Paris.

**Brunod M., Olivetti Manoukian F.**, 2005, *L'organizzazione psichiatrica e i suoi dilemmi*, Rivista Sperimentale di Freniatria.

**Castel R.**, 1998, « *Du travail social à la gestion sociale du non-travail* », in *Esprit*, A quoi sert le travail social ?

**Castoriadis C.**, 1988, « *Pouvoir politique et autonomie* » in *Le monde morcelé, Les carrefours du labyrinthe 3*, Paris, Seuil, 1990.

**Chapireau F.**, 2008, « Trente ans après : la révolution psychiatrique italienne en perspective », in *Évolution Psychiatrique*, 73: 517-528.

**Chopart J.N.**, 2000, *Les mutations du travail social. Dynamiques d'un champ professionnel*, Paris, Dunod.

**Colucci M., Di Vittorio P.**, 2005, *Franco Basaglia. Portrait d'un psychiatre intempestif*, Érès, Toulouse.

**Colucci M.**, 2007, *Il piacere della clinica*, dans *Il piacere del lavoro nell'epoca delle istituzioni-azienda*, Atti della giornata di studio di Pordenone del 4.5.2007, L'ippogrifo.

**Davezies P.**, 2007, « Intensification. Danger : le travail rétréci », in *Santé et Travail*, n°57, p.30-33.

**De Coninck F., Godard F.**, « L'approche biographique à l'épreuve de l'interprétation. Les formes temporelles de la causalité », in *Revue Française de Sociologie*, XXXI, 1989, p.31.

**De Leonardis O., Vitale T.**, 2001, « Les coopératives sociales et la construction du tiers secteur en Italie », in *Mouvements 19*, p.75-80.

**De Leonardis O., Emmenegger T.**, 2005, *Le istituzioni della contraddizione*, Rivista Sperimentale di Freniatria.

**Demilly L.**, 2008, *Politiques de la relation, Approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles*, Presses universitaires du Septentrion, Villeneuve d'Ascq.

**Deutsch C.**, 2003, « Les associations d'usagers citoyens », in *Vie Sociale et Traitements*, 77, p.17-22.

**Diet E.**, 2008, « La groupalité sectaire : emprise et manipulation » in Lecourt E. (sous la direct° de), *Modernité du groupe dans la clinique psychanalytique*, Toulouse, Érès, p. 149-164.

**Enriquez E.**, 1987, « Le travail de la mort dans les institutions », in Kaës R. et alii, *L'institution et les institutions*, Paris, Dunod, p.62-94.

**Enriquez M.**, 1984-2001, *La souffrance et la haine*, Dunod, Paris.

**Freud S.**, 1912/1913, *Totem et tabou*, Paris, Éditions Gallimard, 1993.

**Freud S.**, 1914, Pour introduire le narcissisme, in *La vie sexuelle*, Paris, Puf, 1969, p. 81-105.

**Fustier P.**, 1999, *Le travail d'équipe en institution. Clinique de l'institution médico-sociale et psychiatrique*, Paris, Dunod.

**Gaillard G.**, 2001, « Identifications professionnelles, assignations institutionnelles et paralysies de la pensée », in *Revue de Psychothérapie psychanalytique de groupe* n° 35, Toulouse, Érès, p. 185-200.

**Gaillard G.**, 2002, « La généalogie institutionnelle et les écueils du travail d'historisation : entre filicide et parricide », in *Connexions, n°76, Transitions*, Toulouse, Érès, p. 125-141.

**Gaillard G.**, 2008, « Restaurer de la professionnalité. Analyse de la pratique et intersubjectivité », in *Revue de Psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°50 Groupes de paroles, Toulouse, Érès, p. 33-46.

**Girard R.**, 1982, *Le Bouc Émissaire*, Paris, Grasset, Livre de Poche.

**Giust-Desprairies F.**, 2003, *L'imaginaire collectif*, Toulouse, Érès.

**Gràcia D., Jarabo Y.**, « Presa de decisions en el pacient menor d'edat », in *Medecina Clínica*, núm 117 (2001) 179-190.

**Henri A.N.**, 2004, « Le secret de famille et l'enfant improbable », in P. Mercader & A.N. Henri, [sous la direct<sup>e</sup> de] *La formation en psychologie filiation bâtarde, transmission troublée*, Lyon PUL, p. 193-303.

**Henri-Menassé C.**, 2005, « Les convocations du silence », in *Connexions* 82/2004-2 *Groupes de paroles et crise institutionnelle*, Érès, p.71-81.

**Jeannot G.**, 2005, *Les métiers flous. Travail et action publique*, Octarès Editions.

**Joubert M., Louzoun Cl.**, 2004, *Répondre à la souffrance sociale*, Érès, Toulouse.

**Kaës R.**, 1989, « Le pacte dénégatif dans les ensembles transsubjectifs », in *Missenard A. et alii, Le négatif figures et modalités*, Paris, Dunod, p.101-136.

**Kaës R.**, 2003, « Tyrannie de l'idéal et de l'idole. La position idéologique », in *A. Ciccone et alii, Psychanalyse du lien tyrannique*, Paris, Dunod, p. 69-104.

**Lantéri-Laura G.**, 2002, « Cent cinquante ans de psychiatrie française et francophone », in *Annales Médico-Psychologiques*, 160: 714-722.

**Laval G.**, 2002, *Bourreaux ordinaires. Psychanalyse du meurtre totalitaire*, Paris, Puf Épîtres.

**Leal J., Escudero A.**, 2006, *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental*, .AEN, Madrid.

**Lichtenberger Y.**, 2003, « Compétence, compétences », in *Encyclopédie des ressources humaines*, Paris, Vuibert.

**Loriol M.**, 2003, « Donner un sens à la plainte de fatigue au travail », in *L'Année sociologique*, vol. 53/2, 459-485.

**Morand G.**, 1993, « L'analyse collective de la pratique en travail social. Un enjeu éthique », in *Liaisons Infos Réflexions (FNARS)*, n°71, 19-21.

**Pinel J.P.**, 2007, « La construction du dispositif d'intervention à l'épreuve des mutations institutionnelles contemporaines », in *O. Nicolle, R. Kaës et alii, L'institution en héritage*, Paris, Dunod, p.11-24.

**Pinel J.P.**, 2009, « Emprise et pouvoir de la transparence dans les institutions spécialisées », in *Revue de Psychothérapie psychanalytique de groupe* 20008/2 n°51, Toulouse, Érès.

**Reaume G.**, 2006, "Mad people's history", in *Radical History Review*, 94: 170-182.

**Renault E.**, 2008, *Souffrances sociales, philosophie, psychologie et politique*, Ed. La Découverte.

**Rissmiller D.J., Rissmiller J.H.**, 2006, "Evolution of the antipsychiatry movement into mental health consumerism", in *Psychiatric Services*, 57: 863-866.

**Rouchy J.C. et Soula Desroche M.**, 2004, *Institution et changement, Processus psychique et organisation*, Toulouse, Érès.

**Santander F.**, 2002, *Ètica i praxi psiquiàtrica*, Valladolid: A.E.N.

**Stoppa F.**, 2006, *La prima curva dopo il paradiso. Per una poetica del lavoro nelle istituzioni*, Edizioni Borla, Roma.

**Stoppa F.**, 2007, *La sopravvivenza degli operatori, dans Il piacere del lavoro nell'epoca delle istituzioni-azienda*, Atti della giornata di studio di Pordenone del 4.5.2007, L'ippogrifo.

**Tantum D.**, "The anti-psychiatry movement", in *150 Years of British Psychiatry, 1841-1991* (eds Berrios G. E. and Freeman H.), Gaskell, London, 1991.

**Ventura Mas S.**, et al., 2006, *La respuesta judicial ante la enfermedad mental*, Madrid, Consejo General del Poder Judicial.

**Venturini E.** (sous la direction de), 1979, *Il giardino dei gelsi. Dieci anni di antipsichiatria italiana*, Einaudi, Torino.

**Zaltzman N.**, 1999, « Homo Sacer, l'homme tuable », in N. Zaltzman (sous la direction de), *La résistance de l'humain*, Paris, Puf, p. 5-24.

### Rapports-Recherches-Thèses-Communications

**Cauletin M.**, 2007, « Supervision et identité professionnelle. Liens et évolutions : quelques points de repères », communication à la journée d'étude de l'ANAS, *L'identité professionnelle et ses partenaires*, Paris.

**Berruezo M.**, Reflexiones éticas desde el trabajo en un PSI. Comunicación personal, Dic. 2008.

**Comitè d'Ética Assistencial en Salut mental**, Ètica i Salut Mental: **Mesures restrictives**. Barcelona, Fundació Congrés Català de Salut Mental, 2005, Documento 1.

**Comitè d'Ética Assistencial en Salut mental**,. Protección de derechos y dignidad: legislación en Salud Mental. Barcelona, Fundació Congrés Català de Salut Mental, 2008, Documento 2.

**Comitè d'Ética Assistencial. Fundació Congrés Català de Salut Mental**. "Reflexiones hacia una ética de la continuidad de cuidados", En, Leal J. y Escudero A. *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental*. AEN, Madrid, 2006, pp. 480-487.

**Laval C.**, Apprentissages croisés en santé mentale. Professionnalité et alternativité. Rapport final ONSMP-ORSPERE, septembre 2008.

**Organisation Mondiale de la Santé**, *Politiques et pratiques en matière de santé mentale en Europe. Relever les défis*. Organisation Mondiale de la Santé, Bureau Régional de l'Europe: Copenhagen, 2008.

**Programme Equal**, 2001-2005, « Prévention des conduites à risques et nouvelles professionnalités », Drogues et Société.



## Actualités

### *...Nous avons lu*

#### **Des psychologues sur le front de l'insertion. Souci clinique et question sociale**

*Christian Laval, Editions Erès, janvier 2009.*

Au moment où se met en place le RSA, les questions posées sur le terrain demeurent celles des pannes d'insertion récurrentes de certains bénéficiaires et celles de leur accompagnement par les professionnels de l'insertion. Cet ouvrage présente une enquête documentée sur les psychologues qui interviennent au front des dispositifs d'insertion. Qui sont-ils ? Que font-ils ? Sont-ils des consultants, des « psychistes », des orientateurs, des médiateurs, ou encore et toujours des thérapeutes ? Au-delà de l'extrême diversité des profils de poste, ils tentent tous de s'affranchir des catégories construites en opposition dans l'histoire des politiques sociales : soin/santé, psychique/social, individu/société. Ils s'affranchissent tout autant des frontières institutionnelles et sectorielles. Leur arrivée dans le champ de l'insertion est l'indice de la prolifération d'une forme d'action publique qui préfère l'horizontalité des dispositifs à la verticalité des *institutions*.

#### **La souffrance des enseignants. Une sociologie pragmatique du travail enseignant**

*Françoise Lantheaume et Christophe Helou, PUF, septembre 2008.*

Loin du cliché du professeur déprimé, les auteurs ont centré leur étude sur la difficulté ordinaire du travail. Ils mettent en évidence la trajectoire qui va de la difficulté d'enseigner à l'enseignant « en difficulté ». En montrant que cette difficulté est constitutive du plaisir d'enseigner, ils en appellent à une institution scolaire plus ouverte aux difficultés quotidiennes d'un métier en sérieuse mutation.

### *...Agenda*

#### **Risque et psychiatrie : enjeux éthiques ?**

Colloque organisé par le Centre Etudes et Recherches en Ethique Médicale (CEREM).

Vendredi 30 janvier 2009 - Hôpital Adultes de la Timone – Marseille.

Contacts : Tél. 04 91 38 44 26/27 - Fax : 04 91 38 44 28 – Site : <http://www.medethique.com>

#### **Santé mentale et précarité : changer de regards pour changer les pratiques**

Journée interrégionale Santé Mentale et Précarité Provence Alpes Côte d'Azur, Languedoc Roussillon et Corse, avec la FNARS PACA Corse DOM, et le concours de l'ONSMP-ORSPERE.

Vendredi 13 Mars 2009 - Conseil Général des Bouches du Rhône - Marseille.

L'entrée de ce colloque est gratuite.

Contacts : Tél. 04 96 11 06 10 – Fax. 04 91 33 40 55 - Courriel : [fnars.soleils@wanadoo.fr](mailto:fnars.soleils@wanadoo.fr)

### **Position professionnelle et relation d'aide/d'accompagnement dans la demande d'asile**

Thème de la Journée organisée par le Réseau SAMDARRA, le jeudi 28 mai 2009 (sous réserve de confirmation), à Grenoble.

Contacts : Tél. 04 37 91 50 93 - Fax. 04 37 91 54 62

Courriel : [gwen.legoff@ch-le-vinatier.fr](mailto:gwen.legoff@ch-le-vinatier.fr)

### **50 ans de protection de l'enfance, origines, perspectives et enjeux**

Colloque organisé par l'Association Régionale pour la formation, la recherche et l'innovation en pratiques sociales (ARFRIPS).

17 et 18 mars 2009 – Cité internationale des Congrès – Lyon.

Renseignements : Tél. 04 37 65 33 56 - Courriel : [colloque@arfrips.fr](mailto:colloque@arfrips.fr).

## *...Informations*

### **Mental'idées N° 14 – Janvier 2009**

Revue de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale.

Ce numéro vous invite à découvrir les prochaines manifestations organisées ou soutenues par la Ligue :

- le 24 mars 2009 : une journée d'étude organisée par la L.B.F.S.M. et la Coordination Santé Mentale et Précarités – Groupe de travail Logement et Santé Mentale, à la Maison des Associations Internationales – Bruxelles

Thème : *Troubles dans l'habitat : des locataires sociaux et des professionnels dans tous leurs états.*

- les 9 décembre en soirée, 10 & 11 décembre 2009 en journée :

Congrès international sur le thème de l'Adolescence : *De ce que l'adolescence induit - De ce qui induit l'adolescence.*

Actuellement en préparation, ce Congrès se tiendra au Centre Culturel et de Congrès de Woluwé-Saint-Pierre – Bruxelles.

