

Rhizome Bulletin national santé mentale et précarité
Rhizome

stitution **Réinventer l'institution** Réinventer l'inst



numéro 25 - décembre 2006

Les Cahiers de Rhizome

Sommaire

Dossier

- numéros de page
- 4 L'institution incertaine **Stéphanie Haenni-Emery & Marc-Henri Soulet**
- 8 Paradoxes de la relation d'aide **Jean Darrot**
- 12 La psychothérapie institutionnelle : retour vers le futur **Pierre Delion**
- 16 La logique du plus faible **René Roussillon**
- 19 Les bricoleurs de la précarité **Colette Pitici**
- 24 Pourquoi un CHRS fait appel à un psychologue ? **Farid Righi**
- 28 Une clinique du tiers qui demande beaucoup d'adresse(s) **Guillaume Pegon**
- 33 Soigner l'accompagnement social ? **Emilie Hermant**
- 37 L'institution du tiers dans les pratiques cliniques **Jean-Pierre Martin**
- 40 Dispositifs institutionnels Dispositifs interstitiels en santé mentale **Lise Demailly**
- 45 Autonomie, fragilité et soin : le « détour » par le lien **Pierre Vidal-Naquet**
- 50 Pratiques d'autonomie dans les dispositifs de tutelle **Benoît Eyraud**
- 55 Transgression validée **Jean Furtos**
- 58 La dignité institutionnalisée **Isabelle Astier**
- 62 Institutions et « formes de vie » **André Micoud**

Contrechamp

Le faire social du dire : l'institution **66 Kostas Nassikas**

Bibliographie

72

Actualités

74

Cœuvres réalisées à l'atelier d'art thérapie Valetudo,
Maison de Santé Saint-Paul (Saint-Rémy de Provence)

Les Cahiers de
RhizomeChristian
LavalBertrand
Ravon

Les normes de socialisation qui portent l'injonction à rendre l'individu libre et autonome sont aujourd'hui reconfigurées. *D'idéal philosophique, l'autonomie comme expérience et non plus comme valeur est devenue une épreuve subjective concrète (dont les signes cliniques sont divers) mais à composante sociale et politique où se joue la tension entre deux acceptions de l'individuation : l'individuation entendue comme assujettissement du fait des fortes injonctions sociales à l'autonomie et l'individuation pensée à travers les modalités du travail sur soi par lesquelles un individu cherche à se constituer en sujet ou en personne.*

C'est peut-être avec les personnes « précaires » que cette reconfiguration est la plus visible. Elle s'y mue en crise institutionnelle selon une spécificité propre à ce champ d'intervention où il semble que l'autonomie prescrite se transforme trop souvent en son contraire, c'est-à-dire dans le sens de la reproduction de la dépossession de « soi ».

Les protagonistes de première ligne sont les témoins de cette « *détresse sociale à durée indéterminée* » (Farid Righi) des individus qu'ils accompagnent. En effet, partout banalisées, des procédures toujours plus individualisantes s'imposent (à coup de logiques de projet, d'évaluation, de suivi personnalisé), et cela de manière radicale dans le champ de lutte contre la précarité. La figure de l'individu n'y répond plus de l'idéal d'émancipation mais d'un processus de soustraction de la vie collective (retrait, abandon, isolement). Au niveau des institutions défaillantes, le problème à résoudre est autant celui des inégalités sociales qui appelle une réponse en termes de redistribution (de biens, de places et de moyens) que celui de la discrimination sociale. Côté pile, le problème s'énonce sur le versant de la demande de reconnaissance (de la capacité de tout un chacun à conduire sa vie, à participer à la vie sociale et à exprimer sa différence...). Côté face, les dispositifs d'accompagnement proposés demandent un effort d'inclusion qui ne semble jamais s'arrêter, au sens d'un investissement personnel fort et usant. Cette logique dispositifive, ordinairement présentée pour sa souplesse, ses réseaux horizontaux, ses solutions plurielles, sa capacité d'adaptation et d'expérimentation, et donc d'innovation, se caractérise par deux dérives bien attestées par les intervenants : celle du présentisme (gestion dans l'urgence, impossibilité de penser le long terme de tout processus) où la focalisation sur le temps présent de l'action interdit de revenir sur le temps des fondations, et celle de la dérive gestionnaire (rationalité procédurale, pilotage par projet, évaluation), qui, lorsqu'elle est portée par la totalité des acteurs, nous mène tout droit vers les nouvelles formes de l'institution totale.

C'est la permanence même de ces dérives qui oblige les acteurs à résister. Les montages technocratiques sans politique ne doivent pas masquer un mouvement souterrain puissant qui tente de faire vivre une autre dynamique. Continuer à agir autrement rend offensifs et inventifs nombre d'acteurs engagés sur le terrain. Ces Cahiers donnent ainsi à entendre la voie des explorateurs, des bricoleurs qui inventent un ton nouveau pour rendre compte de ce qu'ils font. « *On ne guérit personne d'une absence primordiale. Cela aide seulement à boiter et cela ne donne pas une démarche élégante* » nous rappelle Colette Pitici. Lorsque la pratique ne procède plus d'une institution mais la précède, de nouvelles questions sont mise au travail : à quelles conditions la pratique peut-elle reconfigurer de l'institution ? Comment continuer à porter le processus d'individuation sans opprimer ? Comment produire des normes acceptables pour tous, c'est-à-dire discutables et appropriables ? Comment accompagner des personnes à l'autonomie tout en garantissant leur milieu de vie ? Comment continuer à agir, malgré tout ?

Une fois ces « bonnes » questions posées, l'expérience de la psychothérapie institutionnelle redevient d'une actualité revigorante : l'institution « *c'est la manière dont les hommes chargés de l'accomplissement des objectifs de l'organisation se "débrouillent" avec leur réalisation* » (Pierre Delion). Une telle activité est de l'ordre de la créativité ; un nouvel agir se construit non pas dans des marges entendues comme déviances mais dans des *marges de manœuvre*, nées de l'exploration de nouvelles trajectoires d'action, nées de l'expérience du détour. Un fil se tend entre hier et aujourd'hui. Les voies d'une institution recomposée sont faites d'un travail de différents collectifs d'expérience mettant en tension des approches et des normes plurielles et antagonistes. Dans cet agencement incertain, il s'agit encore de garantir les manières de penser de l'ensemble des protagonistes (question de la démocratisation des savoirs). L'apprentissage permanent, le bricolage, l'expérimentation, le tâtonnement y sont élevés au rang de méthode collective qui rompt le cercle vicieux de l'individu atomisé, et qui permettent de réexaminer la manière dont l'institution se réinvente dans ses modalités à la fois pragmatiques (question de l'action qui convient) éthiques et historiques (question des fondations). Agir et penser autrement redevient possible. Cela commence avec la reconfiguration des collectifs d'action. Ces Cahiers montrent à plusieurs reprises le travail en réseau personnalisé qui fait de l'individu un être de relations, à la fois attaché et autonome, donc interdépendant. La question du tiers y devient centrale, entraînant avec elle une redéfinition de l'acte clinique.

● ● ● L'institution incertaine

Stéphanie Haenni-Emerly

Assistante,
Chaire de travail
social et politiques
sociales

Marc-Henry Soulet

Professeur de
Sociologie,
Titulaire de la
Chaire de travail
social et politiques
sociales,
Univ. Fribourg
(Suisse)

Les institutions sociales ont évolué de manière significative depuis la fin des Trente Glorieuses, non seulement au niveau de leur structure organisationnelle mais aussi dans leurs modalités de constitution. Elles ont en effet changé de visage, subissant une véritable métamorphose. Avant la crise de l'État-providence, elles se voulaient un acteur à part entière, jouant un rôle central dans la construction des problèmes sociaux – dans leur sélection, définition et légitimation. Ce faisant, elles étaient visibles et de fait légitimées. Occupant une place incontournable dans le paysage social, elles servaient de garant aux praticiens, leur conférant une certaine légitimité et donnant sens à leurs actions.

Ils pouvaient compter sur leur organisation de rattachement afin de pallier leurs incomplétudes, tant elle officialait comme mère protectrice et nourricière face à l'adversité qu'ils pouvaient rencontrer dans leur quotidien professionnel, tant elle représentait aussi une altérité hiérarchique sur laquelle ils pouvaient faire converger leurs critiques et adosser une action réactive. L'État-providence tel que conçu dans l'après-guerre n'a pas survécu aux difficultés engendrées par la crise du milieu des années 70. La diminution drastique des moyens financiers à disposition a engendré une refonte complète de l'action sociale, donc du contexte dans lequel les praticiens évoluent. L'incertitude est devenue un facteur-clé avec lequel ceux-ci doivent composer. Cette profonde transformation contextuelle a eu des répercussions sur la place de l'institution dans le travail quotidien des praticiens. Elle n'assure plus de fonctions protectrices ni ne s'impose comme donatrice de sens, ses frontières s'opacifient même.

Dans le contexte actuel caractérisé par l'incertitude, c'est du moins l'hypothèse proposée ici, l'ins-

titution n'entretient plus – ou peu – de liens verticalisés avec les praticiens. Au contraire, ceux-ci contribuent quotidiennement, de par les actes qu'ils posent, à la refonder, à la faire exister. L'action des praticiens dessine donc les contours de l'institution, contribuant à la créer par "le bas". Mais en quoi, dès lors, le contexte d'incertitude modèlent-ils leurs actions et comment celles-ci transforment-elles, chaque jour, le visage de l'institution ?

L'incertitude comme cadre d'action

Avant tout, il convient de définir ce que recouvre formellement un contexte d'incertitude et d'en spécifier les propriétés. D'emblée, il se distingue du cadre traditionnel des théories de l'action qui, lui, postule l'existence de normes et de structures – même minimales – définissant le cadre de l'agir. Quand bien même les résultats de l'action ne sont pas connus *a priori*, celle-ci se déroule dans un cadre sécurisant, dont les modalités de fonctionnement sont explicites. Le risque apparaît ici comme une composante de l'action – en ce qu'il recouvre notamment l'incertitude quant à ses résultats – mais il est relativisé par le sentiment de confiance en la stabilité du cadre, en ses ressources et en la capacité de développer des actions atteignant leurs finalités. Dans ce contexte, agir suppose donc de combiner stabilité et prise de risque, en prenant en compte les possibles eu égard aux probables.

Les figures de l'institution et les formes typiques d'action

	L'institution totale	L'institution instituante	L'institution incertaine
Rapport à l'avenir	Certitude que tout est stable	Incertitude relative	Certitude que tout est incertain
Rapport à l'institution	Fiance	Confiance	Méfiance
Conditions formelles de l'action	Agir suppose de suivre la certitude	Agir suppose de jouer avec le risque pour tenter de le contrôler	Agir suppose de réduire l'incertitude
Nature de l'agir	Agir conforme	Agir stratégique	Agir poïétique ⁽¹⁾

Agir dans un contexte d'incertitude pouvant être qualifiée de structurelle repose, à l'inverse, sur un déficit de règles et donc de régulations. L'incertitude englobe non seulement les résultats de l'action mais

1. Cet agir poïétique caractérise une forme d'action instituante d'action, un brouillon d'action en même temps qu'un moment de recomposition de l'action.

aussi le cadre dans lequel celle-ci se déroule. En conséquence, il devient complexe d'échafauder des projections, de construire des actions menant vers un but prédéterminé, défini à l'avance. L'incertitude généralisée au niveau des codes et des cadres d'action peut s'avérer paralysante – agir se réduisant à l'adaptation dans un contexte en mutation constante – ou alors confiner l'action à la réduction de l'incertain, dans une volonté de réintroduire la prévisibilité et la confiance dans les relations à Autrui et aux institutions. Réduire les incertitudes devient alors le moteur principal de l'action, le but final. Les caractéristiques de ce contexte enferment en ce sens l'action dans le très court terme et empêchent toute projection, y compris dans un futur proche.

L'incertitude, en tant que cadre d'action, empêche l'acteur d'identifier les règles du jeu et ce faisant, le prive d'un cadre normatif clair sur lequel les ressources de l'agir se fondent habituellement. Dès lors, il lui devient pratiquement impossible de prévoir les résultats de son action ainsi que la réaction d'Autrui en retour. De même, l'évaluation de la pertinence des ressources disponibles pose problème. La difficulté ne réside pas tant dans l'absence ou dans la faiblesse de ces ressources mais bien dans l'impossibilité de déterminer leur adéquation par rapport à la situation, dans l'absence de repères forts induisant leur activation.

Les intervenants de terrain oeuvrant dans la sphère du social – travailleurs sociaux, assistants sociaux, éducateurs, etc. – expérimentent quotidiennement cette incertitude, la caractéristique fondamentale de leur agir résidant dans leur capacité à composer avec l'absence de règles et de soutien. Leur défi consiste à dépasser la simple adaptation à la situation ou le repli sur la recherche de la diminution de l'incertitude pour véritablement construire, avec les usagers, un projet. Dans quelle mesure ce défi peut-il être relevé dans un tel contexte ? Comment dépasser le cadre d'incertitude pour parvenir à refonder la confiance des usagers, alors que les praticiens se trouvent en proie à ces mêmes difficultés ? Les intervenants sont confrontés à une double injonction visant à la fois à co-construire avec les usagers une idée de futur – dans la logique de la projection – tout en devant eux-mêmes se départir de difficultés considérables liées à l'incerti-

tude de leur propre contexte d'action. À cette double injonction contradictoire s'ajoute une troisième, leur enjoignant d'être les artisans de la constitution de leur institution d'appartenance. Non seulement l'institution n'assure plus son rôle de support à l'agir des intervenants mais son existence même dépend des actes qu'ils posent, contribuant ainsi à la (re)créer chaque jour.



Intervenir dans l'incertitude : une action instituante

Quelles conséquences les caractéristiques de ce contexte font-elles alors peser sur l'action produite par les intervenants de terrain ? L'hypothèse développée ici est qu'il existe un registre d'action particulier à ce contexte, qui ne serait plus orienté par un cadre normatif, mais par l'action. L'action est, en quelque sorte, créatrice de la finalisation et de la légitimité de l'action.

L'agir dans un contexte caractérisé par l'incertitude ne peut être dirigé vers une finalité préétablie, cette dernière se constituant durant l'action. Contrairement à l'acteur rationnel disposant d'un certain cadre normé et donc pouvant opérer des choix en vue d'atteindre un objectif prédéfini, l'action est ici en même temps un moyen d'atteindre un but et une manière de constituer celui-ci. Les res-

sources sont, elles aussi, élaborées en cours d'action empruntant tantôt au registre de la ruse, du bricolage, de l'ingéniosité, etc. Comment parvenir à atteindre les desseins de l'action sociale, thématiques notamment autour de la réinsertion et impliquant donc la constitution d'un projet, alors que les objectifs ne peuvent être prédéterminés et que les ressources se découvrent à l'usage ?

Dans un tel cadre, l'action n'est plus légitimée par une instance supérieure. La verticalité institutionnelle est remplacée par des accords issus des interactions entre les individus. La perspective pyramidale de l'institution s'efface ainsi au profit de l'organisation réticulaire, caractérisée par l'horizontalité et l'interaction entre les divers réseaux. La légitimité de l'agir devient, selon cette modalité d'organisation, construite et circonstanciée, se basant sur des transcendances relatives, donc provisoires. Néanmoins, ces accords sont ancrés dans des transcendances procédurales garantissant leur viabilité en raison de leurs processus issus du principe démocratique. La légitimité de l'action du praticien se construit ainsi au cours de chacune des interactions établies avec les usagers, sans aucun garant supérieur, ce qui soulève la question de la responsabilité de l'intervenant social dans son agir professionnel et du risque de brouillage entre l'individu citoyen et l'individu travailleur.

Les actions posées ne sont pas non plus validées par une instance supérieure mais font l'objet d'une approbation mutuelle entre les différents acteurs interagissant. D'où l'importance des appareils de conversation qui se présentent comme des modalités de confirmation de la recevabilité des actes et de reconnaissance sociale de l'acteur. Les interlocuteurs s'imposent alors comme des ressources capitales pour la justification de l'action. Qui sont les interlocuteurs-ressources des praticiens du social ? Quelles qualités ceux-ci doivent-ils revêtir ? L'usager peut-il s'imposer comme un interlocuteur-ressource ?

Enfin, l'action orientée par l'action pousse l'individu à exacerber sa capacité d'action, à la renforcer étant donné le double usage de l'agir, à la fois déterminatif de la finalité et moyen d'agir. L'incertitude va donc pousser l'actant à s'investir totalement dans l'action, ce qui a pour conséquence de le faire inter-

agir en tant que personne, plus uniquement en tant qu'acteur. Cet aspect-là est particulièrement visible chez les intervenants sociaux, devant véritablement "payer de leur personne". Se donne ainsi à voir un brouillage entre le travailleur et la personne.

Le clair-obscur des institutions sociales ⁽²⁾

Les institutions sociales exercent des pesanteurs sur l'intervention en même temps qu'elles se montrent d'une extrême souplesse, au point de rendre centrale la capacité des intervenants sociaux à agir en situation de non-désignation. Elles sont simultanément contraignantes et permissives. *"L'organisation n'est absolument pas calculable d'une manière mathématique. J'entends qu'elle est difficilement résumable. Elle varie beaucoup de jour en jour."* On observe ainsi une tension entre normes différentes au sein d'une même organisation sociale, normes qui s'entrecroisent et se contredisent même parfois. Il est en effet remarquable de noter combien les institutions sociales sont quasi absentes dans la mise en application du mandat, en raison de la très faible imposition qu'elles exercent dans les choix éducatifs des travailleurs sociaux et combien, par contre, elles représentent une lourdeur importante au plan du fonctionnement organisationnel. D'une part, existent de réelles possibilités de conduire concrètement l'intervention selon ses propres choix professionnels et éducatifs et même de développer innovation et créativité en la matière. *"Je me sens totalement libre quant aux choix sociaux, pédagogiques ou autres pour lesquels j'opte dans mon suivi de clientèle. Je gère à ma propre façon mes relations avec les usagers et ne me perçoit pas comme contraint par l'institution pour développer un type d'action spécifique avec les clients."* L'organisation laisse donc une marge de manœuvre importante à l'intervenant social. Il en découle une absence presque complète de représentation institutionnelle dans son intervention auprès des usagers. Le travailleur social ne se perçoit pas comme "délégué de l'institution"; il agit en fonction du rôle qu'il estime pouvoir jouer à l'endroit de la clientèle. D'autre part, cette souplesse pédagogique doit être relativisée. Si en effet, chaque intervenant social a sa manière de concevoir son travail, son rapport aux clients et aux institutions, dans la pratique, il a souvent assez peu de marge pour choisir son mode d'intervention, principalement à cause de la contrainte du temps et de la charge de travail. De plus, l'organisation pratique occupe une place manifestement lourde pour les travailleurs sociaux dans la gestion de leur temps professionnel. S'organiser coûte du temps, que ce soit au niveau strictement matériel (gestion des moyens, des voitures, des espaces...) ou à celui de la distribution des tâches et des dossiers.

2. Extrait de SOULET M.H., *Petite grammaire indigène du travail social. Règles, principes et paradoxes de l'intervention sociale au quotidien*, Fribourg, Éditions universitaires, 1997

Une action aux limites de la possibilité d'agir

Le contexte institutionnel d'incertitude a contribué à transformer radicalement l'action des travailleurs sociaux. Ceux-ci se ne peuvent désormais compter plus que sur eux-mêmes, sur leurs propres ressources internes, afin de faire face aux différentes situations auxquelles ils sont confrontés dans leur univers professionnel. L'intervention s'avère d'autant plus difficile qu'elle s'adresse à un public fort différencié, chaque cas présentant des caractéristiques spécifiques. Cela empêche toute standardisation des réponses apportées et oblige l'intervenant à "payer de sa personne", à puiser en lui-même les solutions. Dans un tel contexte, l'institution ne peut faire office de transcendance et imposer, de manière verticalisée, ses propres normes et valeurs ; seule demeure la transcendance procédurale garantissant la viabilité des accords passés par les praticiens. Dès lors, ce sont les transactions quotidiennes entre les acteurs au sein de l'institution qui contribuent à la définir, à lui donner un sens, etc. Le visage de l'institution est donc en perpétuel changement.

Cela pose bien évidemment la question de la politique sociale, visant justement à produire du sens sur le long terme, à définir un modèle pérenniable dans le temps, à même d'orienter la société vers une certaine finalité. Comment ce contexte d'incertitude peut-il être intégré au niveau politique ? Quelles transformations devraient être apportées à l'action politique afin de prendre en compte les spécificités de ce contexte ? Le problème de fond qui se dessine ici relève de l'incompatibilité en terme de rapport au temps entre les praticiens, condamnés à agir dans l'instant, et l'État social, obligé de se positionner sur le long terme en répondant à des logiques d'anticipation, de planification, de prospective. Une telle hétérogénéité tem-

porelle complexifiant d'autant, en effet, la collaboration entre ces différents acteurs.

Les diverses conséquences de l'incertitude abordées ci-dessus convergent toutes vers une injonction majeure faite à l'intervenant social : il se doit d'opérer des choix parmi un univers de possibles. Ces décisions sont à prendre dans un contexte ne lui permettant aucunement d'augurer de leur bien-fondé, de leur légitimité. Quand bien même il n'a pas de prise sur les tenants et les aboutissants de ses choix, il devra, en tant que professionnel, en assumer les conséquences non prévisibles. Plus encore, ces choix n'étant pas exclusifs, il est envisageable que des logiques opposées sous-tendent les différentes décisions prises, ce au sein d'une même intervention, dans un même temps. Comment, dès lors, le travailleur social peut-il apprécier et légitimer son action, aux yeux d'Autrui et à ses propres yeux ? Comment savoir si l'action posée est la plus optimale, la plus adaptée à la situation ?

L'action sociale, de par son ambiguïté, rend défendable de nombreuses postures mais elle condamne aussi les positions univoques, définitives, ne prenant pas en compte la diversité. Le travailleur social doit donc se mouvoir dans cet univers de possibles et répondre à l'injonction qui lui est faite de prendre position, d'opérer un choix – opération capitale dans son contexte professionnel étant donné qu'elle caractérise l'essence même de l'intervention. Comment poser des choix sans pour autant se fier à des principes normatifs directeurs ? La seule manière réside dans la prise de décision au coup par coup, en fonction des circonstances. *In fine*, le travailleur social ne peut se fier qu'à lui-même, à ses propres compétences, pour poser au quotidien des choix, tout en étant conscient de ses incomplétudes, de ses manques ne pouvant être comblés par l'institution ou par une quelconque instance supérieure.

••• Paradoxes de la relation d'aide

Jean Darrot

Pédopsychiatre,
Praticien hospitalier,
Chef de service

L'évolution des dispositifs d'intervention auprès des personnes en situation de grande précarité interpelle aujourd'hui les adossements théoriques, politiques et pratiques de ces actions. Trois ordres de changements semblent s'affirmer.

Ces programmes classiquement définis comme un travail sur autrui, tendent de plus en plus vers un travail avec autrui, déplaçant donc leur champ de finalité de l'éducatif vers l'accompagnement et la proximité. En second lieu, dans la représentation de la souffrance psychosociale, la fragilisation du lien social vient compléter l'expression individuelle et intime de la détresse : ce « lien défait » convoque ainsi dans la clinique la dimension collective de l'existence humaine, y compris psychique. Enfin les intervenants, quels que soient leur statut et leur catégorie professionnelle, s'engagent dans des pratiques de plus en plus affranchies de l'autorité institutionnelle qui les mandate, lesdites pratiques se déployant désormais dans une « logique dispositive ».

Ces orientations contemporaines répondent à des mécanismes historiques et culturels en profond remaniement ; elles se répètent avec insistance dans d'autres domaines du sanitaire, de l'éducatif et du social ; pour généralisées qu'elles soient, elles n'en posent qu'avec une plus grande acuité un très sérieux problème de mise à jour des pratiques, des normes de référence et des modèles de pensée.

Les facteurs historiques de ces changements sont multiples. Dans l'après-guerre en France, les inégalités et la grande pauvreté constituaient un fléau qui mobilisait profondément la communauté. Les réformes sociales s'accompagnaient d'initiatives solidaires d'origine militante, politique ou confessionnelle. Le contexte économique des "trente glorieuses" (1945-1975) était marqué par une forte

expansion, un faible taux de chômage et une menace continuelle d'inflation. Les chocs pétroliers puis la mondialisation devaient transformer ces données structurelles : la rupture est alors consommée, entre la machine économique et la dimension humaine du progrès. Chez les acteurs sociaux, la leçon est profonde et durable : la fracture sociale est devenue une donnée de la « réalité ». Dans les nouvelles politiques dites « d'insertion » et bientôt de « cohésion sociale », le RMI dispose un filet de sécurité mais aussi une nouvelle norme sociale de contention. La loi de 1998 de « *Lutte contre l'exclusion* » et les mesures qui lui succèdent, instaurent en réalité l'espace d'insertion dans une précarité durable. La question sociale et le verrouillage des mécanismes d'intégration sont ainsi solidement cryptés, occultant que nos sociétés modernes reposent sur des structures inégalitaires et des écarts de statuts intolérables. Les politiques de prévention de la délinquance désignent plus ou moins ouvertement les déshérités comme sources de troubles sociaux. Ceci, avec la caution méthodiquement convoquée puis médiatisée à point, des milieux scientifiques les plus officiels (par exemple sur la douteuse prédictivité des troubles des conduites dans la petite enfance). Les dispositifs sécuritaires étant par définition plus bruyants qu'efficaces, les populations qui en sont la cible n'en subissent que l'effet de mépris et de rejet dans l'opinion, restant pour leur part exposées à l'insécurité quotidienne et à la perte de dignité.

Dans un tel contexte, les dispositifs d'aide ne peuvent plus sérieusement se réclamer d'un mouvement solidaire et communautaire. Le statut de l'intervention sociale se trouve au contraire confiné dans « l'accommodation des restes » : restes de liens qui s'inscrivent dès lors dans les aménagements d'une possible survie. Aux vieux objectifs d'intégration, conjugués sur des missions éducatives, succède une éthique de l'accompagnement aux visées plus intimes mais aussi plus officieuses : la rencontre de la personne finirait par mobiliser à elle seule le savoir faire des professionnels, salariés ou bénévoles... dans un scepticisme radical à l'endroit des logiques officielles d'insertion.

Dans cette période, le même désenchantement semble habiter les dispositifs humanitaires mis en

œuvre par les O.N.G auprès des populations du Tiers monde. Là aussi, les "équilibres" mondiaux imposent à la fois des inégalités insupportables, et l'argumentaire pour en stigmatiser les victimes, renvoyées à leurs responsabilités « intérieures » (corruption, dépenses publiques excessives, gestion désastreuse, surendettement, pouvoirs dictatoriaux, guerres ethniques, religieuses ou tribales...). L'Occident s'autorise ainsi à situer la misère dans "la nature des choses", selon un mouvement fataliste pourtant si classiquement contraire à la civilisation. Cette contradiction culturelle sera d'ailleurs vite contournée : est-il indifférent d'observer en ce début de XXI^{ème} siècle, l'essor du comportementalisme (là encore, avec le secours appuyé des scientifiques), le renouveau de la philosophie stoïcienne, et un retour à des auteurs comme Sénèque pour qui l'idéal individuel se résume à une soumission au destin ?

Quels que soient leur statut et leur appartenance institutionnelle, les intervenants sont donc plongés dans l'embarras. Certes, les chausse-trappes de la double contrainte leur sont familiers (les auteurs systémistes parlent de "double... lien" : on n'y échappe décidément pas !). Mais le foisonnement des savoir-faire improvisés, les efforts de théorisation dans l'après-coup, la multitude des dispositifs et la déshérence des publics renouvellent des paradoxes qui peuvent sembler inédits. On peut en schématiser quelques uns, bien qu'ils soient tous en quelque sorte emboîtés.

Premier paradoxe : la perte des objets sociaux (emploi, argent, logement, formation...) crée pour la personne un processus de *désaffiliation* transformant "une *vulnérabilité sociale* en *vulnérabilité psychique*". Pour cette "clinique psychosociale" ou "clinique de la désaffiliation", la souffrance psychique désigne un contexte de détérioration du social, donc une catégorie collective : « La souffrance psychique est aujourd'hui synonyme d'altération du lien social et témoigne de l'ampleur des processus de crise à l'œuvre dans nos sociétés : elle est en quelque sorte l'expression psychologique individuelle d'une souffrance sociale ». Mais la clinique n'en est pas moins convoquée sur l'individu... Cette contradiction semble réactivée dans l'histoire de la psychiatrie, à toutes les étapes où la clinique est

menacée d'engloutissement par ses propres institutions⁽¹⁾. L'enjeu en est la position du tiers et du collectif dans la structuration psychique : pas moins !.. Au cours des années 60, les anti-psychiatres avaient tenté d'y échapper, à travers la position ainsi résumée : « Il n'y a pas de problème personnel, mais seulement des problèmes politiques ». On se souvient de la réponse précautionneuse de Lucien Bonaffé : « La folie n'est jamais que l'avatar malheureux d'une légitime protestation contre une injuste contrainte »... Reste que la pertinence de la clinique ne peut pas faire aujourd'hui l'économie du champ politique : "une intervention clinique adéquate suppose à la fois une critique des cadres politiques de l'insertion et une capacité à s'autoriser des débordements... l'engagement dans la relation d'aide semble donc proportionnel au dégagement "institutionnel". « Nous ne pouvons pas nous engager dans cette dimension de la précarité si nous fonctionnons avec les institutions telles qu'elles existent ». On est là encore dans un ensemble de contradictions gigognes : comment secourir le lien défait quand on se présente soi-même en dé-liaison ? La psychothérapie institutionnelle a longtemps cherché à contourner ce paradoxe : c'est dans un mouvement d'édification et non de désengagement qu'elle s'est épanouie (clubs thérapeutiques, psychiatrie communautaire, avancées de la sectorisation psychiatrique...). Si son champ de pertinence apparaît aujourd'hui modeste (au point qu'on a pu le réduire à une *psychologie de l'accompagnement*), ce déclin qu'on espère relatif et provisoire⁽²⁾ semble parallèle à celui de la sectorisation psychiatrique en tant que projet : définitivement institué, administrativement accompli et confié à la gestion hospitalière (1985), le secteur n'était plus une perspective mais une donnée (ceci, avant qu'on lui torde méthodiquement le cou...). La psychothérapie institutionnelle, sa matrice, ne pouvait qu'involuer. "L'institution imaginaire de la société" aura eu raison de "l'imaginaire radical" : C.Castoriadis (1975) définira ces deux concepts et leurs rapports à travers "l'effet instituant", qui est une sorte de machine à empêcher de penser. Des chercheurs aussi différents que René Kaës avec le « pacte de dénégation » et René Girard avec la « violence universelle » en révéleront la permanence dans toute fondation collective. Il en

1. Cf l'article de Kostas.Nassikas dans ce numéro.

2. Cf l'article de Pierre Delion dans ce numéro.

résulte que l'analyse institutionnelle impose d'interroger tôt ou tard *ce qui fonde l'institution*, jusqu'à pouvoir la déclarer par rapport à ses buts, caduque, pervertie ou obsolète... En tout cas de la considérer dans son *inachèvement*. Quels que soient les choix, politiques par définition, qui en résulteront, l'engagement (et non le désengagement) est le prix à payer pour approcher cette souffrance singulière « dont on ne sait plus maintenant si elle est sociale ou psychique ».



Mais voici un ultime paradoxe : "Dans le travail aux marges du social, tout le problème est précisément d'arriver à inventer, à créer un dispositif, d'arriver à construire une relation dans laquelle un dispositif peut commencer à être découvert, construit ». Or on sait que classiquement, la démarche est inverse : le *processus* s'anime au contact du *cadre*, à travers un *dispositif*... Agissant loin de ses bases, en rupture comme on l'a vu et non en lien avec ses adossements institutionnels, l'intervenant devra donc disposer de son seul « cadre interne », à la fois réactif et consistant, ce qui tient plus de la performance que d'une compétence garantie. Cette position dans la rencontre a souvent été évoquée

comme *une démarche tactique sans stratégie*. Ainsi, c'est en situation extrême, aux confins de toute pratique possible, que précisément les outils conceptuels se dérobent. En pareil exercice, les "aidants" peuvent se trouver lourdement contaminés par une sorte d'immédiateté, véritablement en souffrance réflexive. D'où le recours à ces méta-dispositifs que constitue le domaine de « l'aide aux aidants ». Mais ici encore, les modèles de représentation sont ciblés sur la pratique de la rencontre, et la psychanalyse elle-même est attendue sur le terrain « tactique ». Autrement dit, *sans fonction d'étayage*.

"Créer des espaces de négociation, avec le patient et son entourage" : voici, formulé par J.Hochmann (1980), le seul savoir-faire dont dispose encore aujourd'hui la clinique de la souffrance psychique. Pour familier qu'il soit au clinicien, sa mise en œuvre dans les situations extrêmes qu'on vient d'évoquer n'en constitue pas moins un chantier gigantesque, et tout à fait actuel. Nous nous en tiendrons à quelques jalons.

Tout d'abord, la problématique du lien ne doit pas nous aveugler. Le « lien » dont il est ici question est *transitionnel*. A l'inverse de l'aliénation par les mécanismes institutionnels qu'on a évoqués, c'est un de ces objets trouvés-perdus chers à Winnicott. Il est au bout d'une démarche active du sujet dans son identité collective, et c'est un lien à construire plutôt qu'à retrouver. Il s'agit bien de « créer un espace de négociation » et non de déballer un prétendu « cadre » pour un simulacre de négociation. Cette *création* donc, est d'abord celle d'un *espace* à agencer dans l'*écart* et non dans quelque *protocole*. Comme dans tout objectif de désaliénation, c'est d'une clinique *en creux* que procède une telle démarche. Le paradoxe de l'intervenant engagé-désengagé trouve ici son issue : la prise de distance par rapport aux dispositifs institués n'est pas une rupture mais une mise en perspective qui mobilise la subjectivité de l'intervenant, ses représentations et sa créativité : son « imaginaire radical ». C'est seulement par cette position d'écart que le champ politique de la rencontre pourra se dégager de l'imaginaire institutionnel. Encore faut-il que le fonctionnement institutionnel autorise de telles postures : ce qui, nous l'avons souligné, est parfaitement contraire à sa logique naturelle (celle de « l'institu-

tion imaginaire de la société » selon Castoriadis. L'institué fonctionne bien pour protéger contre l'inattendu, et non pour « créer des espaces »... quels qu'ils soient. Il faudra donc *subvertir l'institution*, chantier qui réclame beaucoup de méthode et parfois de la ruse. Par exemple : différencier dans les pratiques, *rôles*, *fonctions* et *statuts*. Un projet éducatif conduit par un animateur de MJC ou par un bénévole peut s'avérer désaliénant, plus que la même prestation conduite par un éducateur spécialisé au sein d'un dispositif officiel. Car l'intervenant et son partenaire n'auront pas à s'extirper des mêmes duperies. Maints exemples illustreraient comment des publics mêlés (SDF, personnes âgées, anciens malades mentaux, demandeurs d'asile...) rassemblés autour d'un besoin commun (restauration, hébergement, stage RMI...), exercent un effet de *désaliénation réciproque*. Ce qui suggère de centrer les dispositifs sur une prestation ou la réponse à un besoin plutôt que sur une population définie.

Cette préférence pour la transversalité vaut aussi pour les intervenants, dans leurs pratiques comme dans leurs espaces d'élaboration. Une fois les mandats repérés et délimités dans leurs dispositions explicites et réglementaires (éducatifs, sanitaires, judiciaires...), il s'agit de libérer la pensée de leurs effets implicites. Ce qui est ici recherché, c'est la *multi-dimensionnalité*, indispensable à la citoyenneté de la rencontre entre sujets créatifs. Agencement radicalement contraires à l'effet instituant et aux mécanismes unidimensionnels d'encryptage. Ce que les psychanalystes appellent la *bisexualité psychique du thérapeute*. Cette position, éthique autant que technique, pourra être optimisée dans des échanges transversaux entre groupes hybrides d'intervenants, confrontés aux mêmes piè-

ges. Le domaine de « l'aide aux aidants » ne doit pas s'en tenir à des dispositifs de supervision tactique, toujours plus ou moins captifs des situations paradoxales de terrain et menacés de rester dans les pièges de la pensée unique, « nez dans le guidon ». Si l'on veut libérer la créativité institutionnelle, c'est à une véritable culture de la désinstitutionalisation qu'il faut accéder, seule garante d'une dimension citoyenne de l'engagement social.

La psychanalyse, fortement sollicitée par cette quête de perspectives, n'est pas elle-même à l'abri du piège institutionnel. La *fonction d'étayage* revisitée par René Kaës (1987), est un montage dynamique habité par la réciprocité des tensions : c'est bien autre chose qu'une confrontation des modèles. Aujourd'hui encore, les psychanalystes les plus audacieux succombent régulièrement à l'uni-dimensionnalité d'un exercice interprétatif à usage tactique, visant à intérioriser les données conflictuelles du champ social et à se débrouiller quelles qu'en soient les injonctions contradictoires. Les modèles collectifs et groupaux s'élaborent en périphérie des appareils conceptuels classiques, encore douillement protégés contre les innovations qui, au sein du mouvement psychanalytique, pourraient être porteuses d'une tardive ouverture au champ politique. Il y a là aussi un chantier : en la sollicitant sur les processus intersubjectifs, la psychanalyse est une institution parmi d'autres à subvertir.

« Les non-dupes errent » : peut-on risquer une interprétation actuelle du jeu de mots à multiples lectures de Jacques Lacan (1973-1974) ? Ce serait, dans la tiercéité de la métaphore paternelle, l'errance positive des sujets autonomes, hors des duperies du discours social et de l'institution imaginaire de la société.

••• La psychothérapie institutionnelle : retour vers le futur

Pierre
Delion

Professeur de
pédopsychiatrie,
faculté de médecine,
Lille

La psychothérapie institutionnelle est une vieille dame qui risque à coup sûr de faire reparler d'elle d'une façon plus ou moins rapide et plus ou moins tonitruante : l'extrémité à laquelle nous sommes arrivés en psychiatrie, loin d'apparaître à mes yeux comme un progrès de cette discipline très susceptible de la médecine, est un des signes qui manifeste l'égarement dans lequel nous sommes entraînés à notre corps défendant. Pour avoir dit, démontré, puis crié la nécessité absolue de considérer la psychiatrie avec certains égards dus à sa spécificité, tout cela sans renier le moins du monde son appartenance à la médecine, nous voilà engagés sur la voie de la mise en conformité de celle-là sur les critères de celle-ci.

Qui viendrait contester à l'organisation des services de chirurgie et de ses salles d'opération la nécessité de l'asepsie pour en permettre les pratiques dans les meilleures conditions de réussite possibles ? La chirurgie, depuis la mise en évidence par Semmelweis de l'importance de ces précautions, en a été radicalement changée.

En psychiatrie, sous le mauvais prétexte que sa crédibilité n'était pas excellente, il a été accepté trop facilement l'idée que le rapprochement avec le fonctionnement médical classique était plus important que les spécificités qu'elle recèle en elle. Les malades mentaux, porteurs d'une pathologie de la liberté (Ey), ont certes un problème médical, mais pas seulement, et il ne faut pas être grand clerc pour comprendre, en appui sur les avancées permises par la psychothérapie institutionnelle que

d'autres éclairages sont importants à prendre en considération. Parmi ces approches complémentaires, les apports de l'anthropologie sont fondamentaux, mais également ceux du Droit, de la Santé publique, de la Sociologie, de la Linguistique, du Multiculturalisme, et de bien d'autres que je ne saurais tous citer. Mais il ne suffit pas d'une connaissance intellectuelle de ces aspects de la psychiatrie, encore faut-il les intégrer dans une théorico-pratique qui soit utile au malade lui-même, dans l'effort que les soignants font pour l'accompagner dans sa déshérence, puis l'aider à bifurquer vers d'autres horizons moins déprimants. La psychothérapie institutionnelle, depuis sa création dans le creuset de Saint Alban, a su accueillir ces éléments disparates et diversifiés pour en déduire une praxis originale, ouverte et féconde qui a donné à la psychiatrie française la doctrine de la psychiatrie de secteur. Je rappelle souvent que cette révolution culturelle est une possibilité offerte aux patients et à leurs thérapeutes de tenir compte de la relation transférentielle quelle que soit la solution de soins proposée dans la diachronie du traitement. Et cette pratique a permis de proposer aux patients les plus graves, les personnes psychotiques, de bénéficier de moyens nouveaux pour les accueillir, les accompagner et les traiter. Et si ces dispositifs étaient possibles pour les personnes psychotiques, alors elles devenaient utilisables pour beaucoup d'autres : qui peut le plus peut le moins ! C'est dans ces perspectives que les techniques des clubs thérapeutiques se sont développées et ont montré leur pertinence, y compris au-delà des services hospitaliers dans leurs dimensions extra-hospitalières. Cet opérateur se révèle un outil fondamental pour transformer les conditions de vie quotidienne des malades mentaux, tout en leur assurant par surcroît une thérapeutique, voire une psychothérapie... institutionnelle. Mais voilà, cette nouvelle pensée des soins n'a pas su s'exporter auprès des équipes de psychiatrie et le nombre de clubs thérapeutiques est aujourd'hui là pour en témoigner : ceux qui existent donnent des résultats formidables, mais ces pratiques étant peu connues et très peu reconnues, nous sommes dans une situation dans laquelle nous avons l'outil pour soigner les patients et pratiquement personne pour les utiliser. Comble du ridicule, la bureaucratization de



la psychiatrie empêche progressivement la réalisation de ce qui changerait radicalement la donne des soins d'aujourd'hui.

Pour soigner de telles personnes, il est indispensable de réfléchir aux dispositifs nécessaires pour les accueillir au cours de leur trajectoire vitale, de les accompagner le temps nécessaire, et quand c'est possible, de les aider à approfondir un travail psychothérapique. Mais ce type de travail ne peut se faire que s'il est appuyé sur des *institutions* créées entre les soignants et ces personnes gravement malades. La ou plutôt les Psychothérapies Institutionnelles résultent de la prise en compte de ces problématiques complexes. En effet, si elles appartiennent désormais à l'histoire de la psychiatrie, leur importance dans les pratiques et les théorisations psychiatriques contemporaines n'est plus à prouver. Partant de la nécessaire et radicale critique de l'asile dominant jusqu'à la deuxième guerre mondiale, ce courant de réflexion et d'action a montré sa fécondité dans la transformation profonde de la psychiatrie. Et d'autres pratiques proches l'ont ensuite rejoint. Aujourd'hui, à une époque au cours de laquelle les nouveaux visages de l'asile s'avancent masqués, les préoccupations que ces thérapeutiques portent en elles s'attachent à préserver, plus que jamais, le visage humain de la psychiatrie en insistant sur les pratiques concrètes qui mettent le sujet, bien qu'il soit malade mental, au centre de sa « guérison » : il ne s'agit plus de l'objet que la science psychiatrique a créé puis isolé, d'abord dans ses livres et puis dans ses hôpitaux depuis la prise de position, quelque peu mythique, de Pinel et Pussin à la fin du XVIII^{ème} siècle, mais d'un sujet que

Freud et son invention de la psychanalyse nous ont permis de rencontrer enfin, malgré les symptômes dissuasifs de sa psychopathologie.

Mais si j'insiste sur le mot « psychothérapie » dans la locution « psychothérapie institutionnelle », c'est pour bien indiquer que l'optique selon laquelle un type de réponse est proposé aux personnes qui en ont « besoin » à un « moment » ou pendant un « temps » donnés, même si cette « temporalité⁽¹⁾ » recouvre souvent leur vie entière, est placée sous le primat de la psychothérapie d'inspiration psychanalytique, ce qui n'est plus aujourd'hui une évidence, loin s'en faut. Nous constatons désormais que cette simple assertion engage le « collectif » (Oury) qui l'énonce et les sujets, ou mieux, les « parlêtres » (Lacan), qui le constituent. En effet, la question de la psychothérapie des psychoses qui est au cœur de ces pratiques, n'est pas le moindre des problèmes posés par un tel engagement, notamment en raison d'une modification des pathologies présentées, telles que les pathologies limites pour ne donner qu'un exemple. En même temps, la dimension « pragmatique » (au sens de C.S. Peirce⁽²⁾) de cet exercice est également une des dimensions importantes des enjeux de ce mouvement qui ne saurait se contenter d'une théorisation sans effets sur le sort des personnes souffrant de troubles psychopathologiques et sur la nécessaire transformation en profondeur de leurs conditions de vie et de soins. J'ai en effet trop souvent vu des professionnels de la psychiatrie parler brillamment de la psychopathologie voire de la psychanalyse tout en laissant se développer dans leurs services de psychiatrie des pratiques peu avouables...

Or les enjeux qui émergent aujourd'hui dans ce champ autour des Psychothérapies Institutionnelles sont le résultat de simplifications qui ont beaucoup pesé sur ses effets concrets ; en effet, le fait que ces thérapeutiques soient qualifiées d'*institutionnelles* les a confondu avec les établissements qui en ont hébergé les premiers développements, et leur a ainsi attribué les nombreux défauts habituellement imputés à ces structures lourdes et rigides. Suivant cette observation « au pied de la lettre », il devenait simple de conclure que les nouvelles voies de la thérapeutique en psychopathologie s'orientant vers des solutions extérieures à l'établissement

1. La référence implicite qui sous-tend cette temporalité est développée par Lacan dans son fameux texte sur « Le temps logique » (Ecrits), avec l'insistant de voir, le temps pour comprendre et le moment de conclure.

2. Peirce C.S., *Ecrits sur le signe*, Seuil, Paris, 1979. C'est lui qui a le premier proposé ce vocable, puis W. James l'a repris et développé à son tour, ce qui a amené Peirce à inventer le « pragmatisme » secondairement.

- sous-entendu hospitalier - dans le cadre de la psychiatrie de secteur, les méthodes qui y avaient fleuri, et en avaient certes permis une relative transformation, devenaient caduques dès lors que celles-ci quittaient lesdits établissements. C'était faire trop peu de cas de la différence importante introduite par Tosquelles entre « *établissement* », le cadre légal et réglementaire destiné à répondre à des objectifs nécessaires au fonctionnement sociétal (par exemple : la santé publique et ses établissements de santé publique) et « *institution* », la manière dont les hommes chargés de l'accomplissement de ces objectifs se « débrouillent » avec leur réalisation. Si les deux sont nécessaires, ils ne sont pas superposables l'un à l'autre. Et si nous en confondons les plans, alors les propositions thérapeutiques qui nécessiteraient de sortir de l'établissement pour permettre de soigner les patients dans la cité au plus près de leur vie quotidienne, ce que la psychiatrie de secteur a réalisé, ne pourraient, dès lors, plus être institutionnelles ; tandis que si nous attribuons à l'*institution* d'une (psycho)thérapeutique entre un patient et ses soignants les qualités qui sont utiles à sa continuité, alors la (psycho)thérapeutique institutionnelle devient le dispositif de soin nécessaire à un sujet-patient quelles que soient les modalités qui seront nécessaires à sa réalisation tout au long de son traitement, ce que je propose de nommer, sa « constellation transférentielle ». Nous savons combien la question des modalités de la pensée d'un cadre thérapeutique placé sous le primat de la psychothérapie est centrale et oblige ses acteurs à s'écarter des schémas orthodoxes sur le seul point de vue de la forme pour mieux en approcher la structure spécifique : la singularité de la relation transférentielle dans la psychose et les pathologies de la personnalité.

A un moment crucial de la psychiatrie au cours duquel la politique des soins semble essentiellement guidée par des considérations économiques, au sens comptable le plus restrictif, cette distinction revêt la plus grande importance puisqu'il s'agit de pouvoir continuer à travailler avec les patients tout le temps qui sera nécessaire à leur soutien psychique, et donc à leur psychothérapie ; et dans ces conditions, la logique des soins ne peut se résoudre à une simple équation dans laquelle l'urgence est le

seul moment relevant du sanitaire, tandis que le « reste » du temps, celui de la chronicité, relèverait du social ou du médico-social. La maladie mentale, dans la dimension de chronicité qui lui est intrinsèquement liée, soumet le patient à une urgence quotidienne. Les thérapeutiques institutionnelles contribuent, par leurs réflexions à ce sujet, à organiser les soins de telle manière que le patient puisse compter sur nous *dans la durée*, sans que nous puissions pour autant prétendre à être les seuls capables de le faire ; bien au contraire, les articulations nombreuses avec tous les partenaires du patient, chacun avec sa spécificité, sont une des avancées que les psychothérapies institutionnelles ont théorisées et permises. Cette dimension de la durée est un des aspects fondamentaux de la possibilité d'un travail psychothérapeutique, dans la tradition freudienne. Mais une des particularités qui surgit au détour de cette pratique et qui surprendra sans doute le lecteur des nombreuses monographies écrites à ce sujet, réside dans le fait que les questions institutionnelles ne se posent pas que dans les problématiques d'adultes : bien au contraire, les adolescents, les enfants et même les bébés sont concernés par ces approches. Et cela constitue à mes yeux une occasion de conceptualisation renouvelée dont il serait vraiment dommage de se priver.

Lorsque les questions de la prise en charge d'un patient présentant une maladie mentale se posent aujourd'hui, il peut être utile de se référer à tout ce qui a été théorisé par ce mouvement de pensée et de transformation des pratiques, et je retrouve assez souvent dans un certain nombre d'innovations les conceptualisations qui y ont présidé : que ce soit l'unité du soir fondée par Diatkine et Avram dans le XIII^{ème} arrondissement de Paris, ou la dernière circulaire sur la prévention en périnatalité écrite sous l'inspiration de Françoise Molénat, ou bien encore l'Inter-Club de la Rousselle créé par le Dr Daniel Denis à Angers, les idées de base s'y retrouvent actualisées d'une façon intéressante et pertinente. Pour la première, la structure de soin a quitté le dispositif classique pour s'adapter aux nouvelles problématiques des adolescents en difficultés scolaires et psychosociales ; l'équipe soignante s'est modifiée pour suivre les nouvelles trajectoires de ces patients ; le travail psychothérapeutique qui s'y

livre a nécessité une réinvention de la métapsychologie pour en déduire de nouvelles stratégies thérapeutiques ; les rapports hiérarchiques se sont transformés et les relations avec les partenaires sociaux et de l'éducation nationale en ont été modifiées profondément. Pour la seconde, la remise aux praticiens de la naissance (obstétriciens, sages femmes,...) de leur engagement humain avec les parturientes, gardant pour les psychistes le travail d'aide aux praticiens de première ligne, la démarche en réseau résolument transversale, la nécessité des rapports complémentaires entre tous les acteurs de la naissance sans prévalence hiérarchique, l'amodiation³⁾ des dispositifs aux nouvelles tâches à accomplir, sont autant de fonctionnements interhumains qui ont fondé cette révolution de la psychiatrie permise par la psychothérapie institutionnelle. Pour la troisième, il s'agit de la création passionnante à partir de clubs thérapeutiques de quartiers, d'une association ayant pour objectif la reconstruction d'une ferme comme prétexte à une vie quotidienne vivante pour de très nombreux malades mentaux et des soignants qui s'en occupent.

Il ne s'agit donc pas pour moi de cultiver les ancêtres pour le seul plaisir de leur rendre un hommage auquel ils auraient d'ailleurs parfaitement droit, mais bien plutôt de faire en sorte que les inva-

riants structureaux de leur héritage soient à la disposition des acteurs de la psychiatrie d'aujourd'hui. Encore faut-il que cela soit l'objet d'un enseignement⁴⁾, d'une transmission, en un mot d'une culture vivante que nous ayons à cœur de leur transmettre. Je ne voudrais pas que ce soit seulement du fait de la situation de la psychiatrie en passe de devenir très critique que cette démarche s'inspire, mais bien plus d'une praxis disposant d'instruments de pensée de la psychiatrie, de nature à nous permettre d'en créer de nouveaux en appui sur les existants. Mais pour cela, cette culture doit être connue et reconnue.

Merci à Rhizome de nous aider à en parler.



3. Contrat par lequel le détenteur d'un titre minier (bail ou concession) remet tout ou partie de l'exploitation de ce titre à un tiers moyennant redevance (Synonyme : cession d'intérêt).

4. Un Diplôme Universitaire « Psychothérapies institutionnelles » a été créé à Lille 2.

••• La logique du plus faible

René
Roussillon

Psychanalyste,
Professeur de
psychopathologie
clinique, Lyon 2

Ce texte voudrait être lu en tenant compte du contexte où se déploient les cliniques de la précarité au bénéfice de ceux que je qualifie ici du terme conjoncturel de "faible". L'état de grande précarité rend faible, en effet, et peut conduire le sujet à adopter une "logique du plus faible". Reconnaître cette logique et la respecter me paraît le préalable nécessaire à tout changement dans les pratiques, là où se jouent l'empathie et le renoncement à certains idéaux normatifs des aidants et des thérapeutes.

La norme et le principe de réalité

Notre représentation habituelle de la norme du fonctionnement psychique est celle d'une psyché gouvernée par le principe de réalité. Selon celui-ci, il faut savoir renoncer au désir du « tout, tout de suite, tout seul, tout ensemble, tout en un », accepter donc d'avoir à faire des choix, l'assumer, tolérer la conflictualité qui accompagne la nécessité d'avoir des choix. Dans cette logique s'il est souhaitable de rentrer dans une logique du renoncement, c'est que de celui-ci est attendu, espéré, un certain nombre de bénéfices, plus importants que ce à quoi il faut renoncer qui n'est, au fond, qu'illusion infantile, c'est une logique de l'espoir.

Ainsi le renoncement au plaisir s'effectue au nom du plaisir, d'un plaisir plus « satisfaisant », plus durable, plus sûr, d'un vrai plaisir là où ce qu'il y a à quitter n'est que fallace, leurre. On ne quitte pas la logique du principe du plaisir, tout au contraire, on rend celui-ci plus réaliste, plus performant, plus mûr, et c'est bien au nom du principe du plaisir qu'il faut quitter les formes infantiles de celui-ci.

La logique du principe de réalité est une logique de gagnant, une logique du fort et une logique qui rend fort, une logique de grand. Mais elle repose sur l'espoir, l'espoir que le renoncement apporte plus que ce à quoi, de toute façon, il fallait renoncer : le « tout » n'est pas possible, et s'interdire le « tout »

n'est que la manière dont on reprend à son compte cet impossible.

Aussi bien quand un sujet adulte rencontre un autre sujet adulte, il s'attend à partager avec lui cette norme, et ce n'est qu'en face de l'enfant qu'il adoucira son exigence. Mais l'enfant sera l'objet d'une pratique éducative, il faut lui apprendre à renoncer aux tentations du plaisir du « tout », en faire un être plus fort dans et par le renoncement.

Impasse et logique de survie

Dans le contact avec les sujets aux prises avec les états de détresse et la souffrance psychique liés à la vulnérabilité de la précarité sociale, le praticien est tenté d'utiliser la conception courante de la normalité que nous venons de décrire. Il est tenté de continuer de raisonner en fonction des situations cliniques et sociales auxquelles il est confronté, selon une logique de réalité, ou à penser que son action doit s'accompagner d'une « éducation » à la logique du principe de réalité, manifestement mal intégrée par les sujets dont il doit s'occuper : il est tenté de proposer sa norme.

Le problème est que, bien souvent, il se trouve confronté à des sujets qui ne sont plus habités par des logiques de l'espoir, c'est-à-dire chez qui le renoncement éventuel ne s'accompagne pas de l'idée d'un monde meilleur et de meilleur plaisir, ne s'accompagne pas de l'idée de bénéfices supérieurs à ce à quoi il faut renoncer. Le renoncement est vécu comme une perte, comme une perte « sèche », sans compensation, sans prix ou mesure de consolation. La situation est vécue comme une situation qui a été ou qui est en impasse, c'est-à-dire sans issue, au sein d'une économie du plaisir même transformée en principe de réalité. La question n'est pas ici de déterminer si ce vécu est « imaginaire » ou s'il correspond à un état objectif de la réalité sociale des sujets en grande précarité, il se pourrait bien d'ailleurs que ce vécu soit plus « objectif » qu'il ne semble à beaucoup.

Ma réflexion présente essaye de cerner certaines des logiques qui dominent un monde subjectif confronté à l'impasse du principe de réalité et donc de la norme courante ; elle vise à essayer de considérer les nouvelles normes qui s'instaurent alors. La psychopathologie, « l'anormalité », n'est plus alors à rechercher dans la mise en œuvre des « solutions » trouvées pour survivre à l'impasse subjective exis-

tentielle, et qui sont sans doute les seules ou pour le moins les plus efficaces dans la situation vécue, mais dans le rapport que le sujet entretient avec le fait de devoir les mettre en œuvre. Si, en effet, les quelques solutions de survie que je vais explorer sont « anormales » du point de vue de la logique du renoncement, elles sont par contre « logiques » dans les situations d'impasses existentielles. À situations limites ou extrêmes de la subjectivité, mesures extrêmes.

Cerner l'impasse

La première mesure, celle qui commande toutes les autres, est de sortir du caractère diffus et incertain de la situation en impasse. Tant que l'impasse n'est pas circonscrite et attribuée, pas d'issue possible, tant qu'elle est « de fait » pas de révolte envisageable. Là où la logique du principe du plaisir tend à interioriser les responsabilités, à faire du sujet le héros de l'histoire pour lui donner une prise sur les événements, la logique de la survie, ce que j'appelle ici la logique du plus faible, substitue la recherche d'un objet extérieur « cause » et agent de l'impasse.

Deux processus sont donc ici en cause : d'une part cerner l'impasse, la circonscrire, d'autre part l'attribuer.

On peut en effet chercher à cerner l'impasse en lui trouvant ou en lui reconnaissant, c'est selon, un responsable, un « coupable », le fait d'une subjectivité humaine incarnée. On passe ainsi du sentiment d'une impasse intrapsychique à celui d'une impasse effet de l'autre, d'un autre, de ses manifestations. Il n'agit pas seulement ici de ce qu'on appelle habituellement projection, il s'agit d'une condition de possibilité de tout traitement psychique, l'impasse ne peut être traitée « de soi à soi », elle doit être partagée par au moins plus d'un autre, elle doit impliquer l'autre, lui être adressée.

Mais quand ce mode de repérage n'arrive pas à être opérant, cerner le lieu de l'impasse, la situation-cause du vécu d'impasse, constitue déjà une première mesure de survie, elle permet de localiser le problème et donc de pouvoir mettre en œuvre des mesures d'évitement.

Éloge de la fuite et de l'évitement

« Éloge de la fuite » est le titre d'un ouvrage de H. Laborit qui rappelle le paradoxe du livre d'Érasme : « l'éloge de la folie ». Dans la logique du

principe de réalité, il est bon d'affronter les difficultés, bon d'affronter les conflits quand ils existent. S'il est bon d'affronter le déplaisir, c'est que l'on attend de cet affrontement la mise en œuvre de négociations, de compromis, dans lesquels une solution « gagnant-gagnant » finira par être trouvée.

Dans les situations en impasse, pas question d'affronter la difficulté ou la conflictualité, au contraire, plus vous cherchez à affronter l'une ou l'autre et plus elles augmentent, plus elles se resserrent sur vous et vous immobilisent, plus vous êtes dans l'impasse. Les conflits sont (en effet) en fait organisés par des paradoxes, par des doubles ou multiples contraintes qui nouent la situation de telle sorte que tout effort pour en sortir ne fait que vous enfoncer un peu plus au cœur de celle-ci. La situation est « piégée ». La meilleure des choses à faire est d'éviter la difficulté, de fuir le conflit, de fuir le piège de la situation, car précisément elle n'a pas d'issue. Non pas qu'il n'y a pas d'issue « intrinsèquement », on peut toujours dénouer les pièges, mais que celle-ci suppose une tranquillité, une sérénité, en un mot une force que le sujet ne possède pas.

Ici la logique du plus faible, sa normalité, la « bonne » norme, n'est pas l'affrontement, c'est la fuite, le retrait, l'évitement, le décrochage. Il ne sert à rien d'affronter la difficulté ou le conflit quand, de toute façon, il n'y a pas de solutions préservant une quantité suffisante de plaisir de vivre, quand vous n'êtes pas le plus fort, que, de toute façon, vous êtes perdant, quand la logique est celle de « pile tu gagnes, face je perds ».

Mais l'on ne peut pas toujours se retirer ou décrocher, on ne peut pas toujours fuir ou s'éloigner de la situation douloureuse, de l'impasse. Il arrive que le nouage est tel que l'on soit pris au piège, que l'on reste pris au piège.

Brouillages et retournement

Une première manière est alors de tenter de retourner le piège de l'intérieur, « d'érotiser » le nouage et l'impasse et d'en faire un style de vie, de se l'infliger à soi-même pour échapper à l'emprise de l'autre. On peut ainsi brouiller les différences entre bon et mauvais, entre bien et mal, retourner l'un dans l'autre, transformer la souffrance en plaisir, affoler les logiques du dominant qui vous menace, développer une paradoxalité de défense contre le

paradoxe. Quand le maître a besoin de la passivité de l'esclave, au sens hégélien du terme, quand le fort se nourrit de la reconnaissance de sa force par le faible, la force du plus faible est alors de se soustraire à l'emprise de l'autre en s'infligeant à soi-même ce à quoi il ne peut se soustraire. Ce sont là ce que j'ai proposé de nommer « défenses paradoxales ». S'exclure soi-même pour éviter d'être exclu, c'est le syndrome d'auto-exclusion décrit par Jean Furtos, se couper de tout lien par crainte de perdre ceux-ci, se laisser tomber par peur de la chute etc.

Clivages, autotomie, fragmentation

Une autre manière de fuir est de « fuir » au-dedans, de se retirer d'une partie de soi, de faire la part du feu, de se couper de ce qui de soi est pris au piège. Certains animaux, pris au piège des hommes, coupent la partie d'eux-mêmes qui les retient prisonniers, ils s'amputent de la partie de leur corps par laquelle ils sont tenus. Mais, si l'on raisonne selon cette analogie dans le monde de l'humain, on peut aussi ne « tenir à rien », céder ses appartenances, abolir le lien qui retient aux choses, retirer ses investissements des parties de soi par lesquelles le piège fonctionne, on peut sacrifier la partie pour sauver le tout.

Cette amputation, ce clivage « au moi » comme j'ai proposé de le nommer, peut aussi se répéter autant de fois que nécessaire, on peut ainsi se fragmenter pour faire disparaître la souffrance du lien aliénant, se morceler pour mieux échapper à l'emprise de ce qui vous tient et vous met dans l'impasse.

Quand le piège suppose l'unité, suppose la continuité d'être, la solution peut se trouver dans le renoncement à cette unité, dans la multiplication des « soi », la parcellarisation de soi. On peut ainsi réaliser des formes de « brouillage » interne, protéger une partie secrète de soi de l'intrusion des facteurs d'impasses au-dedans.

Jeu sur les limites

Au clivage et la fragmentation, solutions dans lesquelles on se divise pour mieux régner, peuvent se substituer aussi des solutions dans lesquelles ce sont les limites qui peuvent se brouiller et être brouillées, le sujet peut tenter de se rendre incerna-

ble, inlocalisable, de faire pièce au piège, de le déjouer en étant partout et nulle part, en changeant de forme, en devenant floue.

Là encore dans la logique sous le primat du principe de réalité, la limite est bonne, elle est facteur de structuration, elle est constitutive de l'identité, elle l'assure. Mais dans la logique processuelle du faible, dans la logique de la survie, la limite signifie l'espace piège, celui dans lequel on peut rester pris, prisonnier, elle est facteur d'impasse, d'étouffement.

On peut sans doute décrire encore d'autres formes des stratégies de survie qui obéissent à la logique du plus faible, notamment celles qui fonctionnent selon la modalité de l'attaque, et non plus de la fuite ; le relevé que j'en propose ici suffit pour souligner ce que je souhaite mettre en exergue, à savoir que les solutions décrites définissent une autre forme de la norme que celle de la logique du principe de réalité, et qu'elles ne constituent pas une psychopathologie ou des solutions psychopathologiques par elles-mêmes.

Ce qui peut devenir « psychopathologique » c'est de rester prisonnier des solutions ainsi mises en œuvre, de ne pouvoir revenir en arrière si les données de l'impasse se modifient, si celle-ci se résout d'une manière ou d'une autre, et ceci au-delà de l'inertie inévitable des processus humains.

Ce qui peut devenir psychopathologique, c'est que le sujet se sente coupable ou honteux de les mettre en œuvre là où la plupart du temps il n'a guère eu le choix, ou plutôt il n'avait le choix qu'entre l'une ou l'autre des stratégies de survie, et non entre des stratégies de survie et des stratégies de vie sous le primat du principe de réalité. Qu'il se sente coupable ou honteux parce qu'il ne supporte pas lui-même le recours à de telles procédures ou qu'il intériorise le regard négateur et désapprobateur de ceux qui représentent la norme habituelle, ceux qui jugent sans savoir, ceux qui placent leur idéal du moi au-dessus de tout processus d'empathie.

La « norme » et la normativité ne s'établissent pas indépendamment de la situation subjective, elles sont fonction des conditions concrètement vécues et de celles de l'exercice des processus de la vie en leur sein.

Puis, j'ai pensé que dans les dispositifs interstitiels, non institués, que certains psy ou travailleurs sociaux fréquentent ou animent, on entend immanquablement récriminations, inquiétudes, doutes, sur la pertinence des actions menées ; un peu comme si, face à notre surmoi pétri d'orthodoxie, ces lieux là représentaient une frange, une marge, une forme de dérive, d'illégitimité.

Evidemment, on pourrait évoquer le déplacement du symptôme du patient sur son interlocuteur – et dans notre auto-flagellation nous ne manquons pas de le faire ! Bien sûr que les précaires, les vagabonds, nous contaminent, via leur amarrage, leur transfert sur nous ; nous accueillons et endossons leur errance, leur instabilité, leur psychopathie, leur abandonnisme, leur vulnérabilité ou leur traumatisme éternellement irrésolu.

Plus loin dans la confession, nous pourrions préciser que nous n'avons même pas besoin de leur modèle de marginalité pour nous y engouffrer. Et que sans doute, des fragments de nos histoires personnelles sont à l'œuvre dans le choix de cette clinique.

Ensuite, une hypothèse fut ouverte, qui m'inspira des réflexions plus optimistes : ces procédures mal bâties, contingentes, pourraient représenter une potentialité instituante, créatrice de nouvelles normes. Alors, pour un temps, s'envolèrent culpabilité, perplexité, embarras.

Nous allions pouvoir exposer nos pratiques, sans dérision ou sentiment d'incompétence préalable ; nous pourrions enfin poser, en toute légitimité, les questions qui nous hantent à propos de ces cliniques particulières.

Après avoir situé rapidement le cadre de mon intervention auprès des bénéficiaires du RMI, j'interrogerai les frontières de ce dispositif, ainsi que mes propres limites et libertés qui lui sont consécutives. Je dirai, à travers de brèves vignettes, comment et pourquoi il paraît nécessaire de « subvertir » les habitudes cliniciennes tout en respectant les fondamentaux, pour s'ajuster au plus près des besoins mis en exergue par les nouvelles formes de souffrance.

Les bricoleurs de la précarité

A l'idée de parler du dispositif dans lequel j'exerce, ma pensée s'est mise à vagabonder. Les nomades urbains m'ont, il est vrai, appris l'errance, surtout psychique...

Le premier mot qui m'est venu, ambigu et discutable, a été celui de « bricolage ». Bricolage, selon le Petit Robert, cela signifie « travail d'amateur, peu soigné ». Ca commence plutôt mal... Ou, en deuxième acception, anthropologique celle là, « travail dont la technique est improvisée, adaptée aux matériaux, aux circonstances ». Image un peu moins féroce... J'aurais envie de rajouter une troisième définition à ces deux premières, celle d'expérimentation, qui entraîne un résultat incertain, aléatoire. Bref, dans tous les cas, rien de bien sérieux ni scientifique.

Colette Pitici

Docteur en psychologie et psychopathologie clinique, Psychologue du dispositif RMI

Cadre de l'intervention

Les Conseils Généraux sont souverains en matière de réponse aux besoins des populations précarisées. En Rhône-Alpes, certains départements incluent l'offre d'aide psychologique pour les bénéficiaires du RMI, au sein de la psychiatrie publique ; à l'inverse, l'administration dont je dépends a choisi, pour cette tâche, d'agréer des psychologues libéraux ou des associations.

Nous sommes rétribués à la vacation, directement par l'institution, à hauteur de 9h annuelles par personne. Un luxe ! Mais le projet n'est pas de se substituer au droit commun, (CMP ou libéraux), bien au contraire, il s'agit de permettre un relais entre services sociaux et services de soins.

Nous avons également la possibilité de prendre en charge si nécessaire les ayants droit de l'allocataire, enfants ou conjoint. Ce qui, bien entendu, ne va pas sans questionner la neutralité du thérapeute amené à entendre plusieurs membres d'une même famille.

Sur mon secteur, la place était auparavant tenue par un médecin généraliste intéressé par les problématiques psychiques ou psychosociales ; elle fut à réinventer quand je suis arrivée, en terme spécifiquement psychologique.

Quand les Conseils Généraux ne croulaient pas encore sous les missions multiples que la décentralisation a fait apparaître, que les budgets étaient suffisants pour supporter des actions d'insertion innovantes, j'ai eu la chance d'intervenir dans un lieu d'accueil pour personnes précaires, isolées ou SDF, sans distinction entre bénéficiaires et non bénéficiaires du RMI. Cela donnait à chacun la possibilité de rencontrer « la psy » dans l'espace groupal, de l'observer, de l'invectiver, et parfois même de prendre rendez vous pour quelques entretiens. C'est aujourd'hui une proposition caduque ; localement, aucun psy ne prend en charge les SDF, sauf s'ils sont très délirants et conduits, sous contrainte, en psychiatrie publique.

Questions de la clinique

Cette remarque ouvre déjà un problème sous-tendu par le thème de notre réflexion : quand l'institution porteuse ôte la possibilité à certains patients d'accéder aux prémisses du droit commun, que leur proposer ?

La clinique de l'errance nous montre que ces sujets ne font que rarement une démarche spontanée en direction du soin psy ; il est de ce fait nécessaire, et à l'ORSPERE je crois que c'est une évidence, de développer la notion « d'aller vers ». Alors, il faut inventer des outils pour pallier l'absence. D'autres interlocuteurs de terrain, infirmière communautaire, travailleurs sociaux, bénévoles aussi, établissent le premier relais entre les errants et moi.

Le premier étage du bricolage n'est pas sans rappeler l'époque héroïque de la psychiatrie communautaire ; c'est sans doute cette référence respectable qui m'a légitimée à le maintenir. « Invention » du déjà-là, le secteur historique devient aujourd'hui « réseau », la psychiatrie santé mentale ; la cité quant à elle, traite de la « clinique psychosociale » que la psychiatrie hospitalière récuse parfois.

Si elle le souhaite, je rencontre ainsi la personne, lorsque le premier contact a eu lieu avec un autre



partenaire en amont, en sa présence. Cette triangulaire dure le temps nécessaire à l'instauration de la confiance, qui va permettre de laisser partir l'interlocuteur de première ligne.

Aimée était une femme de la rue, soumise à tous les abus de ses compagnons d'infortune. Elle avait tenté une première démarche auprès de moi, pour déposer précipitamment un vécu de viols et violences multiples contre elle et ses enfants. Puis elle avait disparu ; j'entendais parler de ses divagations citadines, qui horrifiaient les travailleurs sociaux, tant elle participait activement à sa déchéance. L'infirmière tentait, vaille que vaille, de préserver ce qui était possible de sa santé, qui pourtant s'abîmait gravement par ses alcoolisations, le froid et la cruauté des nuits dans la rue, les risques liés à ses rencontres. Un jour, elle me dit qu'Aimée était prête à me revoir, plusieurs années après la première rencontre. Nous avons alors débuté une série d'entretiens à trois, dans le dispositif RMI ; en parallèle, les travailleurs sociaux se mobilisaient pour qu'elle puisse intégrer un logement personnel, après un séjour en résidence sociale. Ensuite, Aimée a pensé qu'elle n'avait plus besoin de la présence de l'infirmière pour poursuivre avec moi, tout en continuant à la voir en dehors de nos séances.

Dorénavant, nous avons quitté le dispositif RMI par un accord avec sa curatrice pour que les soins soient intégralement pris en charge en libéral. Elle reste dans la précarité psychique, et y demeurera sûrement durablement. Mais que cette femme en survie puisse devenir une patiente autonome et capable de suivre une psychothérapie à long terme, voilà un des effets du bricolage qui a été pourtant mené sans trop savoir où il conduirait.

Et pourtant, combien de fois me suis-je demandé pourquoi je recevais cette femme alors qu'elle n'avait d'abord besoin que d'un toit, de soins physiques et/ou psychiatriques, d'un rapprochement avec ses enfants placés ? Cette misère sociale avait elle vraiment à faire avec un suivi psychologique ? Néanmoins la psychiatrie publique a peiné à recevoir sa « non-demande » et son absence de délire et j'ai supposé qu'Aimée avait quand même à être entendue.

C'est elle-même qui, au fil du temps, m'a montré la voie. Elle, qui disait à ses amis errants prioriser sa « psychothérapie ». Je me souviens de ma réaction intérieure d'autodérision en entendant ces mots, en observant mon rôle auprès d'elle. La place que j'avais accepté de tenir était tellement peu « thérapeutique » qu'elle m'en faisait frémir. Car durant les premiers mois, je n'ai fait que lui signifier mon souci pour elle, mon souci qu'elle se protège de ses tentations de tout quitter et de repartir à la rue ; je n'ai fait que la solliciter de ne plus recevoir tous ceux qui voulait squatter sa maison et son corps.

Quel autre choix, quelle autre posture auraient-ils pu être proposés à ce moment de son parcours ?

Dans son histoire, Aimée ne s'était jamais sentie enveloppée de la préoccupation d'un autre, ne savait pas qu'on pouvait s'inquiéter pour elle. Alors, il lui semblait normal qu'on use et abuse de son corps, de ses biens, de ses enfants. Aimée n'avait jamais été bercée par des mots apaisants, grondée par des paroles sévères qui interdisaient qu'elle se fit mal.

Quand cela advint, elle en fut surprise mais se laissa faire, peut-être encore à cause de son habituelle docilité. Mais elle se saisit de cette nouvelle relation, commença peu à peu à se l'approprier, se l'attribuer. Elle ne livra plus, ou moins, son corps,

son espace, entreprit de choisir ses hôtes, en mit quelques uns dehors. Elle prit un peu plus soin d'elle-même, diminua sa consommation d'alcool et se mit à rêver d'un avenir.

Aimée n'est pas guérie, et ne le sera sans doute jamais, de ce que B Cyrulnik nomme « son fracas » intérieur. Mais par le réseau qui s'est constitué autour d'elle, je crois qu'elle a commencé à s'appuyer sur des tuteurs de résilience. Dans une telle histoire, le psy ne peut pas se contenter d'attendre une parole qui n'a jamais appris à se formuler spontanément ; il doit aller la chercher, la défricher, aider à son élaboration ; sinon, il prend le risque de la laisser s'évanouir après le dépôt primitif brutal, mais non élaboré de l'horreur, sans avoir su lui donner d'étai. Et tout s'écroule encore.

Dès lors, comment nommer cette pratique que la plupart des collègues formés à l'attente de la demande, répudient souvent sans l'ombre d'une hésitation ? Est-ce encore un suivi au sens psychodynamique ? Ne me suis-je pas transformée en hybride entre travailleur social et paramédical ? Quand je m'inquiète de sa toux persistante, quand j'adresse Aimée à l'infirmière ou à son médecin, suis-je encore psychologue et thérapeute ?

Peut-être ai-je mal compris, peut-être me suis-je rassurée un peu trop aisément ; en tout cas je n'aurai jamais assez de reconnaissance envers S. Ferenczi, D.W. Winnicott, et tout près de nous, envers l'équipe lyonnaise conduite par R. Roussillon. Ceux-là m'ont admise dans le cercle des psychologues, quand ils ont parlé du « *sentir avec* et d'abord *pour* le patient », quand ils ont évoqué la médiation à travers et sur le thérapeute, ou la nécessité du retournement de la haine et du désespoir sur l'objet actuel.

Dans le dispositif que je construis peu à peu depuis dix ans, ce sont donc les patients qui orientent ma pratique. Je m'emploie à devenir une sorte de *medium malléable*. Je ne suis pas sûre d'y accéder toujours, si la souffrance rapportée par la personne effracte trop mes capacités d'élaboration. Mais je tente de me situer « presque » à la place où elle m'attend, en m'en décalant à peine, pour ouvrir un espace d'imprévu. C'est dans cet interstice que se noue la différenciation entre l'objet attendu et

l'objet réel, là que se génèrent les vraies potentialités thérapeutiques.

Quand je parviens enfin à orienter les sujets vers le « droit commun », certains en sont satisfaits, d'autres l'acceptent. Mais pour les plus en souffrance psychosociale, souvent, le silence habituel du thérapeute les renvoie à l'expérience traumatique de l'absence, de l'indifférence, ou du chaos de l'objet précocé. Bien sûr, ils auront à faire avec cette réalité, pour la dépasser et avancer dans le traitement de leur problématique. Mais plus tard.

D'abord, il est urgent de contenir, d'endiguer le désespoir, le recueillir, ne pas le laisser dévorer le sujet. Car celui-ci peut en mourir : de déchéance, d'auto-exclusion, de participation active à sa destruction. Rarement de suicide avéré ; plutôt d'une forme de pourrissement social.

Le bricolage, c'est d'abord « *amarrer* » ce sujet à une vie minimale, à un lien social précaire, fragile, qui lui servira de contrat narcissique supplétif. Ce sont les béquilles qui le feront tenir debout, même si avec elles, il restera claudiquant. Car on ne guérit personne d'une absence primordiale. On aide seulement à boiter, et cela ne donne pas une démarche élégante. Et cela ne permet pas au thérapeute d'être fier de lui-même.

Il y a d'autres occurrences hontogènes pour le psychologue. Celles où il se trouve seul dans sa pratique, sans réseau qui le protège de la toute-puissance ou de la désillusion absolue. Quand personne n'est là pour vérifier que l'étai a été bien échafaudé et qu'il ne va pas faire s'écrouler l'ensemble.

J'ai nommé « Sissi » cette mère qui campe sur un « Nonon » infranchissable. Non-non, elle ne veut pas de telle aide, de tel médecin, de telle remarque. Son esprit redoutablement affûté constate qu'elle va mal, très mal, mais ne permet aucun projet, ni social ni, à plus forte raison, relationnel. Son histoire, paradigmatique, est jalonnée de la méfiance nécessaire à la survie psychique. Elle ne s'en laisse pas conter sur le registre de l'absence et, quand bien même elle a pu rencontrer quelques tuteurs de résilience, elle s'est arrangée pour les voir s'évanouir, ou faire échouer toutes les démarches.

Sissi a remis son enfant, auquel elle est liée par un lien paradoxal et paroxystique, entre les mains d'un homme aussi vulnérable qu'elle. Elle pense

donc en avoir fini avec sa tâche, se sent prête à mourir, après avoir plusieurs fois montré qu'elle en était capable, comme elle était capable de se mutiler gravement.

A son retour, après une prise de contact plusieurs années auparavant, elle explique avoir su qu'elle pourrait renouer la relation avec moi. Hélas, elle me met en quelque sorte au défi de l'accompagner totalement seule, sans pouvoir proposer d'autres étayages. Elle organise à mon égard une stratégie de séduction, sans doute similaire à celles qu'elle a effectuées avec mes prédécesseurs. Séduction indispensable pour qu'un lien potentiel soit envisageable. Mais séduction mortifère. J'accueille cette modalité d'attache, tout en insistant sur l'impossibilité de demeurer seules devant le risque de suicide, réel ou exagéré par sa quête insouviée d'attentions. De fait dans la réalité, personne n'est plus là pour elle.

Faut-il que j'entre dans la ronde des excluants, ou au contraire, que je poursuive ce noeud mal ficelé, mais qu'elle a attrapé ? Cet amarrage de ses mouvements d'humeur extrêmes, de son désespoir et de ses illusions, de ses menaces de mort et de son désir de vie ? Je ne sais pas si j'y parviendrai, sauf à maintenir un niveau de « bas seuil relationnel », sans exigence, sans prétention, voire même avec le risque de « manipulation »...

Manipulation, mot tabou, surtout dans le monde de la précarité...Et pourtant, la réconciliation avec l'objet passe aussi par la capacité de ce dernier à se laisser prendre, surprendre, attraper, manier, utiliser, jusqu'à ce que le sujet soit enfin sûr de sa résistance, de sa fiabilité. Cela peut se concevoir en théorie, mais on suspecte souvent de naïveté, ou pire, de complaisance, le praticien qui s'y plie.

Je suis pourtant sûre que vouloir ramener Sissi à sa souffrance, dans l'espoir qu'elle la revisite et la dépasse est, à ce stade, un projet irréaliste voire cruel. Il faut donc accepter de l'escorter là où elle me mène, sans savoir où ni pourquoi.

Il y a parfois des moments de joie, dans la vie d'un clinicien des précaires. J'en ai éprouvé un récemment, lorsque j'ai entendu valider cette notion d'accompagnement inconditionnel ; M. Poirier et l'équipe de Rouen⁽¹⁾ insistaient sur le lien minimal à

1. Lors de la Journée d'étude « Sortir de la rue » organisée par l'ONSMP-ORSPERE le 18 octobre 2006 à Bron.

préservé coûte que coûte quand plus rien d'autre ne tient.

Cette affirmation a apaisé un peu ma solitude face à Sissi, solitude qu'elle a choisi de me faire endosser, de me faire partager avec elle. Solitude par laquelle elle tente de vérifier, à travers ma tolérance à soutenir un tel éprouvé, si oui ou non l'histoire va cesser de se répéter. Quitte à se montrer souverainement tyrannique, transgressive, quitte à faire un tapage épouvantable pour masquer sa demande d'aide tacite, sa prière. Souvenons-nous en effet qu'être précaire, c'est étymologiquement, être en prière, implorer.

Si donc je réussis à ne pas la répudier, la seule possibilité d'accompagnement consiste, pendant un temps indéterminé, à me rendre docile, passive devant les remous psychiques et comportementaux occasionnés par la rencontre; à subir ses excès, à contenir sa peur et la mienne, à admettre le risque qu'elle meure.

Il s'agit d'un processus d'identification fondamentale à notre communauté humaine. Munie d'étayages extérieurs garantissant ma préservation contre la contamination de « l'inespoir », il s'agit de m'engager, pendant un temps, dans une empathie inconditionnelle ; d'entrer sans discuter dans son univers, pour qu'elle retrouve un minimum de confiance en l'autre, sans lequel aucune considération thérapeutique n'est plausible ; de passer de la survie à l'espoir d'une vie sociale.

Le résultat de ce bricolage est véritablement « aléatoire, le travail improvisé ou peu soigné » pour reprendre les définitions données au début de cet article. Mais Sissi se relève, après avoir été à terre. Il est tout à fait probable qu'elle retombera. Le seul effet positif du suivi, s'il advient, tend à rendre la chute moins brutale, moins durable, moins désespérante. Et à faire que Sissi parvienne à boiter, avec quelques béquilles, dont, entre autres, l'aide psychologique. Cela signifie qu'il faut contrecarrer l'engloutissement dans un tête à tête exclusif, qu'elle exigera quand la confiance sera installée, pour com-

bler le manque. Exercice de funambule où la tentation de toute puissance, d'effondrement, de mort, n'est jamais loin.

C'est pourquoi un autre doit s'inviter dans ce duo. Il faut trouver celui qui voudra bien de cette place d'intrus, de tiers, pour que Sissi soit encore enveloppée d'attentions suffisantes, sans que, dans son avidité, elle n'absorbe l'objet.

Conclusion

Insistons sur le fait que cette clinique ne transforme pas les aidants en dispensateurs de charité ou de pitié ; qu'ils ne sont pas tout à fait ignorants des enjeux psychoaffectifs en tension. Ici, le contre-transfert est permanent et intense ; ces personnes, d'abord des citoyens soumis à la réalité du chômage, des séparations, de l'isolement, qui les font nous ressembler comme des frères, suscitent en nous une identification singulière.

Le contre-transfert, donc, va être l'outil privilégié et indispensable de cette relation obscure ; à partir de l'éprouvé du thérapeute, le bricolage concerne une traduction, une interprétation des motions enfouies secrètement, mais transmises au clinicien en attente de décodage. Etrange, de retrouver une terminologie de l'épistémè psychanalytique, là où on ne croyait avoir à faire qu'à des expérimentations maladroites sauvages. Le clinicien de la précarité, comme ceux d'autres secteurs de psychopathologie, ferait ainsi lui aussi œuvre de translation d'un acte en mot, d'une sensation en émotion, d'un éprouvé en pensée. Double traduction dans ce cas, puisqu'il s'agit pour le psy de capter en lui-même ce que le sujet y a déposé, de se le traduire ensuite, avant de le restituer au sujet, éclairci, « détoxiqué ». Voilà bien des étapes à franchir, qui augmentent les risques de malentendus.

Voilà pourquoi, en somme, les cliniciens immergés dans la précarité réclament l'aide de leurs confrères. Surtout dans l'espoir d'un relais, d'une pluralité de compétences possibles, à un autre moment, dans une autre logique, quand le patient l'acceptera.

••• Pourquoi un CHRS fait appel à un psychologue ?

Farid Righi,

Directeur de CHRS, Grenoble

Retracer l'histoire et contextualiser la mise en place très récente d'un dispositif clinique me replonge dans mes interrogations récurrentes de travailleur social : la question du sens de mon travail, sa finalité et la souffrance rencontrée depuis de nombreuses années... auprès des usagers et des professionnels.

Parler de l'intervention d'un psy au sein de la structure que je dirige trouve son origine dans mes errements d'éducateur.

Pendant 10 ans, j'ai côtoyé la détresse sociale en tant qu'animateur ou éducateur dans des quartiers en difficultés de Grenoble et son agglomération. Le pari de l'insertion durable paraissait à chaque fois difficilement tenable si on plaçait l'insertion sur un plan professionnel, économique car on se heurtait à la crise économique, au manque de qualification, aux assignations identitaires empêchant d'envisager les projets d'insertion d'un côté comme de l'autre : employeurs et usagers.

Lorsque je travaillais en prévention spécialisée, notre objectif souvent cité et écrit dans le projet institutionnel était : « *le maintien du lien avec des jeunes en grandes difficultés* ». Il s'agissait d'inscrire le jeune dans un lien avec son environnement et avec l'adulte. Le maintien du lien à tous prix, en le défendant avec acharnement, en utilisant toutes les stratégies (travail de rue, chantiers, humour, camps...) et en dépassant toutes les difficultés ou voire même toutes les agressions.

Cette insertion impossible nous renvoyait alors un sentiment d'impuissance et d'enfermement spatial, social et psychologique face à l'absence de réponse sociale. Ce fut ma première rencontre avec la « sous France » exposée.

J'ai fui « la politique de la ville » et les quartiers en difficultés pour trouver refuge au sein de la Halte... les fantômes ressurgissent toujours lorsque l'on est en première ligne face à la précarité sociale : impuissance, culpabilité, résignation...

J'avais changé de lieu mais pas de lien avec cette souffrance sociale et psychique avec une volonté de me saisir de cette question.

Après une présentation de la structure, du public accueilli et du cadre de l'accompagnement social exercé, je vais tenter, de ma place, de vous restituer pourquoi une équipe de travailleurs sociaux a fait appel à un psychologue.

Présentation du CHRS La Halte

La Halte a vocation depuis mai 1998 d'être un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale situé à Grenoble. Il dispose d'une capacité d'accueil de 25 lits en hébergement temporaire et 5 lits de repos sanitaire. Ces lits sont destinés aux personnes malades qui ne peuvent rester à l'hôpital mais ne doivent pas se retrouver à « la rue ».

L'hébergement temporaire se situe en amont des CHRS dits « hébergement transitoire ». La Halte est ce que l'on appelle aussi une structure d'urgence relais dont la vocation était de permettre aux personnes de souffler, de sortir de la crise et ensuite d'envisager une orientation en CHRS « classique » ou « résidence sociale ». L'hébergement intègre les contraintes de la vie collective (repas à heures précises, participation au ménage, ...).

Le législateur prévoit une durée maximale d'hébergement d'un mois, renouvelable deux fois. Une première remarque s'impose autour de la réalité de l'hébergement temporaire : la moyenne d'hébergement est évaluée en fait autour de 7 mois avec des séjours pouvant aller jusqu'à 2 ans, 3 ans pour certains par manque de place dans les autres structures. Cela a eu pour conséquence la mise en place d'un accompagnement socio-éducatif que je présenterai plus tard.

La Halte héberge ainsi de façon temporaire des personnes seules ou familles en situation de précarité extrême (situation de rupture familiale, en situation d'expulsion locative, sans résidence stable, sor-

tant d'établissements hospitaliers, de centres pénitentiaires, personnes en danger de prostitution...).

L'accompagnement socio-éducatif au sein de la structure

Il existe depuis 5 ans avec une volonté affirmée de prendre en compte les durées d'allongement de séjours par la mise en place d'une équipe éducative. L'accompagnement exercé vise à aider les personnes dans tous les actes de la vie quotidienne.

Deux éducateurs spécialisés travaillent auprès des adultes et une éducatrice de jeunes enfants sur un dispositif de soutien à la parentalité qui concerne plus précisément la scolarité des enfants, les projets autour des vacances ainsi qu'une aide individuelle des parents qui en font la demande (repas, demande de travailleuses familiales, PMI...)

Du processus d'admission au sein du CHRS jusqu'à la sortie, est nommé, sur chaque situation un éducateur « référent » dont les principales missions sont l'accueil, la résolution des problèmes sociaux, administratifs, médicaux ainsi que l'aide à l'élaboration d'un projet d'insertion.

Les orientations au sein de la Halte sont examinées par une commission qui étudie les demandes des personnes relayées par un référent social extérieur (assistante sociale de secteur, éducateur...).

J'ai eu la chance de participer à la mise en place de cette équipe éducative et de toute la dynamique de réflexion autour du public accueilli (familles et personnes isolées), des procédures à mettre en place (élaboration d'un contrat de séjour, règlement intérieur, livret d'accueil, procédure d'admission...). Ce fut une période très euphorisante.

Pour certaines familles accueillies après une expulsion locative ou une rupture familiale (séparation conjugale...), La Halte apparaissait dans les premiers mois comme un espace de ressources et les situations administratives évoluaient très positivement... Les personnes hébergées attendaient simplement un logement, un emploi pour être sorties d'affaire, pour être de nouveau autonomes et ne plus dépendre des travailleurs sociaux.

Les éducateurs culpabilisaient et parlaient de « maltraitance institutionnelle » sur ces situations familiales.

Maltraitance par défaut, illusion de l'hébergement temporaire et du contrat d'hébergement... celui-ci fixe les objectifs à atteindre pour la personne au sein de la Halte et définit un projet de sortie de la structure. Ce contrat est signé par l'hébergé, l'éducateur référent et le référent social externe.

C'est une implication de toutes les parties pour trouver des solutions. Les personnes remplissent leurs engagements (respect du règlement intérieur, participation financière, démarches à effectuer...). Les travailleurs sociaux sont souvent concernés par les solutions d'hébergement mais se heurtent à l'impossibilité d'apporter une réponse au projet individualisé des personnes. Elles ont rempli pour la plupart leur contrat et attendent notre partie en vain...

L'attente est trop longue ; cette détresse sociale à durée indéterminée se traduisait par un sentiment d'abandon, de rejet et de culpabilité entraînant rapidement des conflits avec l'équipe et l'institution, quelquefois des passages à l'acte violents sur les éducateurs ou sur eux-mêmes ou entre hébergés.

Les réflexions de l'équipe portaient aussi sur l'amélioration de l'accompagnement des personnes isolées en intégrant une intervention d'un psychologue afin d'aider les personnes qui vont « mal » mais qui ne sollicitent aucune demande de soutien psychologique. Ce fut le cas de Djamel et Stéphanie, suivis par Jérôme, Angélique et moi-même.

Djamel,

Nous venons de recevoir un fax d'un travailleur social qui nous indique l'orientation au sein de la Halte de Djamel qui dort depuis une semaine au Centre d'Accueil d'Urgence de l'agglomération grenobloise. Il a rendez-vous à 14 heures avec Angélique l'éducatrice qui sera chargée de son suivi si son admission est prononcée à l'issue de l'entretien.

C'est un grand gaillard qui se présente torse nu, un poste radio sur l'épaule avec musique à fond. Dans le hall d'accueil : son arrivée énergique fait peur à tous les résidents (femmes et enfants surtout) et impressionne l'équipe.

Nous l'accueillons pour un entretien afin évaluer la demande d'hébergement de Djamel ainsi que la compréhension des premiers problèmes à régler. La

musique s'arrête et ce grand gaillard s'effondre : « *je dois dormir, je suis fatigué... si je suis ici c'est parce que je me suis enfui de chez ma compagne qui me battait... J'ai perdu mon boulot et depuis je suis à la rue... j'ai besoin de travailler et d'avoir un logement pour m'en sortir...* ».

L'éducateur se rend toujours disponible pour le premier entretien : il permet de sécuriser la personne et offre une vision de l'accompagnement à venir. L'entretien durera 1 heure.

Après une visite de la structure, de sa chambre et des principes de la vie en collectivité, Djamel repart et doit nous dire s'il accepte de venir à la Halte : nous lui laissons 24 heures de réflexion. Il souhaite rester immédiatement mais nous refusons car nous pensons important qu'il manifeste son engagement et non plus que ce soit une demande d'hébergement relayée par un travailleur social.

Il reviendra et restera 6 mois au sein de la structure. Angélique l'a reçu 3 fois par semaine en entretien individuel lors de soirées, matinées ou en journée : il réussira à s'inscrire dans le collectif, à payer sa participation financière et même à retravailler 3 mois sur un poste d'ouvrier de production en usine. Les enfants l'apprécient car il chante tout le temps et écrit des chansons de rap. Il a écrit une chanson sur la Halte. Tout le monde se réjouit pour lui. Ses

dossiers administratifs sont désormais à jour (RMI, ANPE, carte d'identité...). Il est de nouveau à peu près debout mais consomme toujours trop d'alcool et évite de sortir par peur des rencontres. Nous essayons de l'orienter vers un psychologue du CMP.

Chaque mardi en réunion d'équipe, les situations sont abordées afin d'envisager et/ou d'améliorer les modalités d'accompagnement social en cernant aux mieux les difficultés des personnes et des travailleurs sociaux.

Angélique : « *son problème, c'est l'alcool, c'est pour cela qu'il ne sort pas de la Halte, il a peur de retrouver la zone et de trop boire...on ne peut rien faire car il refuse toujours d'aller au CMP pour se soigner...* ».

Après le décès de son père, Djamel ne rentrera pas pendant une semaine. A son retour, il restera un mois encore avec d'énormes problèmes d'alcool et de comportement au sein de la collectivité, qui le mèneront vers une exclusion définitive.

Stéphanie,

Agée de 19 ans, elle a mis en échec toutes les mesures éducatives pour mineur et se trouve aujourd'hui à la rue depuis 3 mois. Elle est orientée par un service d'accompagnement spécialisé dans les dangers de la prostitution. En 2 ans, elle séjourne pour la deuxième fois à la Halte.

Elle a quitté sa famille pour vivre en squat avec un groupe de jeunes. Sylvie, sa fiancée, la prostitue depuis leur liaison amoureuse. Son quotidien est la rue avec sa violence, ses coups et son anonymat.

Au premier rendez-vous, elle apparaît toute chétive, menue et très intimidée. Elle explique qu'elle a un travail d'intérêt général à faire, et qu'elle doit faire des démarches d'insertion sinon elle risque de se retrouver en prison.

« *Le juge m'a ordonné de faire des démarches sinon ça va chauffer pour moi. Je suis perdue et en plus j'ai que des embrouilles avec ma copine et ses copains ; mon problème, c'est que je fais la fête et quelquefois ça dérape. Je n'aime pas les foyers mais je dois m'en sortir sinon je vais en zonzon* ».

Jérôme l'éducateur va assouplir le règlement pour lui permettre d'avoir une accroche.

Pendant un mois, elle mangera en décalé (en dehors du service habituel). L'équipe gèrera les



intrusions violentes de sa copine qui exerce une pression sur Stéphanie pour quitter la Halte et rester dans la bande sous son influence.

Elle accepte de signer un contrat d'hébergement où elle s'engage à dormir au moins 3 nuits et manger 3 fois à La Halte par semaine.

Elle ne supporte pas les règles de vie en groupe mais veut s'en sortir. Les autres résidents la mettent à l'écart en le lui signifiant quelques fois violemment.

Stéphanie restera cette fois-ci 4 mois à La Halte et établira un lien fort avec l'éducateur. Un matin, elle est partie et nous a appelés de Montpellier. Depuis elle est toujours en contact avec Jérôme par téléphone. Elle sait qu'elle peut revenir, on lui garde une chambre...

Jérôme connaît son histoire et les révélations de son mal-être et de son errance : comment l'aider à affronter son histoire et amorcer un travail thérapeutique ?

Stéphanie et Djamel ont été accueillis en 2005. Ils illustrent le questionnement des travailleurs sociaux, sous-tendu par ce propos tout en permettant de s'approprier la problématique de l'hébergement temporaire à la Halte. Les dispositifs extérieurs de prise en charge psychologique existent mais il n'y pas de demande de la part des hébergés ou bien les rendez-vous pris avec le CMP sont trop éloignés, entraînant oubli et démotivation.

Rares sont les personnes qui tiennent leur rendez-vous. Elles sont trop préoccupées par leurs problèmes sociaux.

Comment favoriser la rencontre avec un psychologue ? Comment créer la sacro-sainte demande d'aller voir un psy ?

Ces situations sont révélatrices de notre envie de rendre plus efficient notre accompagnement en formalisant une double écoute sociale et psychologique.

Il s'agit pour nous désormais (l'équipe et moi-même) de créer un relais au sein de la Halte: un psychologue qui accepterait de construire une clinique. Mes craintes et fantasmes agissent : je ne souhaite surtout pas quelqu'un qui ne comprenne rien à ce que l'on fait au quotidien, pas un psychologue surplombant la mêlée, enfermé dans son bureau, qui attend l'hébergé. Lui, expert du sujet, du symbolique et nous, profanes, inscrits dans la réalité sociale. Il faut qu'il accepte de se décaler et comprendre notre commande autour de la rencontre avec les hébergés et l'équipe.

L'action a démarré depuis quelques mois et laisse entrevoir que la route sera longue.

Olivier correspond au profil que je recherche : il humanise le visage du psychologue. Il est repéré par les hébergés qui demandent à le rencontrer.

Son intervention débute avec son lot de questionnements : comment ne pas pathologiser les situations sociales ? Comment relayer les hébergés vers le psy ? Sa place dans les procédures d'accueil, celle des interprètes dans les entretiens cliniques... nous tâtonnons et expérimentons.

Pour ma part, il me reste à convaincre les financeurs de la pertinence de son action, d'une clinique sur site.



••• Une clinique du tiers qui demande beaucoup d'adresse(s)

Guillaume Pegon

Sociologue,
Psychologue clinicien,
Doctorant en sociologie
et en anthropologie
(CRESAL/CNRS)

Formes inversées de la demande dans les institutions sanitaires et sociales

Depuis une dizaine d'années, la perméabilité entre structures du social et structures du sanitaire est fortement sollicitée par le législateur⁽¹⁾. Les « réseaux et coopérations informels », les « dispositifs interstitiels » ou encore les « dispositifs-réseaux » et autres « réseaux institutionnels »⁽²⁾ qui en découlent sont en passe de devenir des lieux communs où l'on tente de faire tenir ensemble des pratiques hétérogènes (sociales, éducatives, thérapeutiques).

1. Loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, multiples circulaires des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et au Soins, volet psychiatrique du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008, volet « hébergement et réadaptation sociale » du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale, programme départemental d'insertion.

Dans le seul département de l'Ain, nous retrouvons une pluralité de projets s'inscrivant dans ce mouvement⁽³⁾, et à travers ces différents dispositifs, les situations d'interdépendance entre les acteurs du sanitaire et du social tendent à se multiplier autour de problématiques conjointes. Il s'agit, entre autres, de la souffrance ressentie parce qu'ils sont en « première ligne », de l'obligation de « faire avec » la non-demande des usagers/patients, de la reconnaissance commune des défaillances de leurs institutions et des restrictions budgétaires, ou de manière plus précise, du fait qu'un certain nombre de patients s'adressent à des structures d'hébergement avec une demande d'aide psychologique ou que des personnes en situation de précarité sociale s'adressent au CMP pour y trouver un hébergement : ce que ces professionnels appellent communément « la demande paradoxale » ou la « demande croisée ».

Cette forme inversée de la demande entraîne bien souvent les institutions à se comporter comme des gares de triage, des centres d'adressage (d'un

lieu à l'autre, d'un professionnel à l'autre) et la forme de réponse apportée est finalement l'exact symétrique de la forme de la demande. A une demande qui semble mal adressée, il est de « procédure »⁽⁴⁾ de répondre par un réajustement de l'adressage. A une souffrance mal située, on répond par une orientation vers l'institution qui paraît la plus adaptée à la situation. Une autre manière de répondre à cette « demande inversée » est donnée à voir dans les pratiques d'un certain nombre de professionnels de la psychiatrie (du côté des CMP), et du social (du côté des CHRS), qui cherchent, pour les premiers à intégrer une problématique habituellement réservée aux travailleurs sociaux, et pour les seconds à intégrer dans l'accompagnement social (au logement et/ou au travail) une réelle démarche de soin. La forme inversée de la demande semble interroger les professionnels sur leur propre capacité à travailler la paradoxalité de leur réponse, paradoxalité qui s'exprime dans l'entrecroisement des pratiques professionnelles.

Une forme de réponse pratique : étayer collectivement le soin

Dans le cadre des activités organisées par le Carrefour Santé Mentale Précarité⁽⁵⁾, les Espaces Rencontres CHRS-CMP visent à mettre en œuvre un échange d'expériences et de savoirs dans l'accompagnement des personnes en situation de précarité et d'exclusion en développant des partenariats entre professionnels de la psychiatrie et professionnels du travail social. Des conventions de partenariat ont ainsi été signées depuis octobre 2001 entre le Centre Psychothérapique de l'Ain (CPA) à Bourgen-Bresse et quatre CHRS⁽⁶⁾. L'objectif de ces partenariats est, selon le texte des conventions, de « favoriser une mise en commun des représentations sociales et psychologiques de la précarité en rapport avec la santé mentale, dans les champs du social et du psychiatrique ». Toujours selon ces conventions, il s'agit de « faire reconnaître, aux équipes psychiatriques comme aux équipes éducatives, la catégorie de « précarité » comme ayant une existence clinique », de tenter d'« élaborer une langue commune conjuguant savoir psychiatrique et savoir sociologique », d'« élaborer des stratégies permettant une action préventive ou thérapeutique indi-

recte », d'« adapter les pratiques cliniques (éducatives et psychopathologiques) à la clinique psychosociale ».

Ainsi, chaque mois, deux soignants travaillant en CMP (un infirmier ou un cadre infirmier supérieur, accompagné d'un médecin psychiatre) et au moins deux membres de l'équipe éducative du CHRS (des éducateurs spécialisés ou des conseillères en économie sociale et familiale) se rencontrent pendant deux heures, le plus souvent dans les locaux du CHRS, et abordent selon la terminologie utilisée des « situations difficiles », évoquent des « cas douloureux » qui conduisent les équipes éducatives dans des « impasses ».

« On reçoit quand même des personnes qui n'ont pas forcément de toit, pas d'entourage, si la démarche de soin est difficile à mettre en place, comment on fait ? On est bien loin d'une réinsertion socioprofessionnelle, là ! Qu'est-ce qu'on fait si on n'a pas les moyens de loger ces personnes ? » Mme Laborde, éducatrice spécialisée.

Pour tenter de sortir de ces postures douloureuses qui relèvent aussi bien de contraintes organisationnelles que de l'engagement personnel des acteurs, les travailleurs sociaux des CHRS parcourus par les Espaces Rencontres semblent s'investir d'une capacité à « prendre soin » des personnes qu'ils reçoivent.

« L'idée, c'est à la fois d'orienter les personnes vers un lieu plus approprié et aussi de faire du soin. Il faut que nous acceptions qu'en tant qu'éducateur nous faisons également du soin à notre niveau. Si les personnes décident de déposer leur mal-être chez nous, il faut qu'on l'accepte et qu'on travaille sur la réponse qu'on peut apporter ». Mme Laborde.

Ce « prendre soin » du travail social n'est pas tant investi à partir des catégories nosographiques de la psychiatrie mais plutôt à travers la recherche d'une posture qui consiste à « écouter », « adopter une attitude bienveillante », « être plus authentique », « être plus en proximité avec l'humain qui se trouve derrière le malade ».

« Les Espaces Rencontres m'ont permis d'avoir moins de certitudes figées, moins de crainte à entendre une personne, moins peur de leur maladie. Avant, je pensais qu'il fallait que j'ai des connaissances sur les maladies mentales, sur la pathologie. Aujourd'hui, je m'autorise à dialoguer avec ces personnes, à parler de leur souffrance, et surtout à parler de ce que ça nous fait à nous de les voir comme ça. Par exemple, je n'hésite plus à leur dire que je suis inquiète pour eux ou qu'ils me mènent en bateau et que je ne suis pas d'accord. On apprend à ne pas être dupe de tout, ne pas se laisser bouffer par les gens. [...] L'équipe du CMP nous vulgarise avec ces gens-là. Ça amène à être plus humble, la personne est malade mais elle reste une personne, on est plus humain. [...] on a un autre regard et peut-être une écoute meilleure de cette personne qui nous permet de la respecter plus, d'être plus bienveillant et de répondre de manière plus adaptée. [...] Les Espaces Rencontres nous permettent de prendre de la distance par rapport à la situation et surtout de savoir comment on aborde la personne différemment ». Mme Desprises, conseillère en économie sociale et familiale au service logement d'un CHRS.

Dans cette recherche de posture clinique, les catégories de « patient », d'« usager » ou de « bénéficiaire » font place à la catégorie de « personne ». Cette manière de prendre l'individu et de le reconnaître, qui n'est pas sans nous rappeler celle de la psychologie humaniste de Carl Rogers, est attentive à ses ressources et vise à améliorer sa capacité d'expression. Pour ce faire, l'une des fonctions des Espaces Rencontres est de superviser, au sens de compagnonnage, la posture clinique des travailleurs sociaux en proposant un étayage de leur propre capacité à appréhender leurs ressources et leurs expressions face à la souffrance de l'autre. Ce processus d'apprentissage d'une clinique humaniste amène les travailleurs sociaux à faire un pas de côté, à « prendre de la distance » et à s'interroger à nouveaux frais sur leur pratique.

« Ça permet d'exprimer ses limites et de s'en saisir. On est responsable des personnes que l'on suit

2. Cf. l'article de Lise Demailly dans ce même numéro.

3. « Espaces Rencontres CHRS-CMP » à Bellegarde et Bourg-en-Bresse, « Réseau Santé Mentale Précarité » à Bourg-en-Bresse, « Projet de santé publiques en difficultés » à Belley, « Projet Délic santé » à Ferney-Voltaire, « Projet départemental d'équipe mobile spécialisée en psychiatrie ».

4. La mise en œuvre de procédures d'adressage peut avoir pour visée l'éducation de l'usager-patient mais, le plus souvent, elle est corrélative aux contraintes gestionnaires qui pèsent sur les institutions.

5. Dispositif intersectorisé du Centre Psychothérapeutique de l'Ain. Cf. J-J Tabary, « Quels soins offrir à qui ne demande rien ? », Rhizome n° 3, Décembre 2000.

6. TREMLIN à Viriat, FAR à Bourg-en-Bresse, ENVOL à Ambérieu et ALPHA 3 A à Bellegarde.

mais jusqu'où et comment est-on responsable ? Est-ce qu'il faut à tout prix que ces personnes soient dans la norme ? A quel prix ? [...] On peut réfléchir à comment on peut tendre la main différemment à ces gens-là, sans se situer en permanence dans l'assistance. [...] On ne peut plus faire l'économie du travail avec le CPA et on a tout intérêt à tisser des liens et à avoir des écoutes. [...] On s'est dit qu'on devait essayer de travailler en paire ». Mme Laborde.

Les Espaces Rencontres proposent ainsi de penser en commun la réponse à apporter en travaillant une posture d'« *abordage* ». Cette posture, étayée par le « *toucher* », le « *conseil* », les « *suggestions* » de l'équipe du CMP, possède sa propre stratégie : « *contourner le problème* », « *prendre la personne sous un autre angle* », « *apprendre à ne pas parler à la personne de son problème directement et tout de suite* » ; elle nécessite donc une certaine pratique de la latéralité plus que de la frontalité, une certaine pratique de son intériorité sans pour autant être dans l'analyse systématique de son ressenti et de son « *contre-transfert* ».

« Au contraire de l'analyse de la pratique où on a tendance à se cibler principalement sur nos propres ressentis, là on parle de la personne, on parle aussi de ce qu'on peut ressentir par rapport à cette personne mais on parle surtout de la personne et comment l'aborder. » Mlle Lacoste, stagiaire éducatrice spécialisée en service logement.

Si les travailleurs sociaux sont amenés à redéfinir les limites de leur mission éducative c'est que la visée n'est plus tant celle de l'insertion (par le logement ou par le travail) mais celle qui permet de mettre en œuvre un processus d'autonomisation à partir de la démarche de soin.

« On est là pour amener la personne vers l'autonomie et le mieux être dans cette société là. On parle de personnes qu'on connaît ensemble ». Mme Desprises.

Quand la qualité de la réponse dépend de la qualité de l'étayage porté par le collectif, les diffé-

rents protagonistes de la démarche de soin n'ont plus d'autre choix que d'être bien attachés entre eux, car c'est de cet attachement réciproque, de cette interdépendance, que dépendra la mise en œuvre ou non du processus d'autonomisation de l'individu.

En tentant de conjuguer *attachement* et *autonomie*, ce dispositif propose donc une forme de réponse pratique à la demande inversée, réponse qui consiste à étayer collectivement le soin. Cette réponse n'est pas la finalité du dispositif mais elle en est un détour essentiel permettant ensuite d'aller aborder latéralement l'individu dans sa singularité, à travers ce que les professionnels des Espaces Rencontres appellent « *l'approche globale de la personne* ».



L'approche globale de la personne : une grammaire commune de l'attachement et de l'autonomie

« [Parlant du « soin » prodigué en CHR] On fait des entretiens, puis on peut donner les médicaments, les orienter vers, ou les accompagner vers le soin. Mais la question pour nous aujourd'hui c'est plus comment maintenir le lien ? On essaie alors de mettre en place un accompagnement global, ça peut être l'ouverture des droits, l'accès aux soins, la gestion du budget, les problèmes de justice, tout ça. On ne peut pas se restreindre à un seul de ces aspects. [...] Les Espaces Rencontres permettent de prendre les gens encore plus dans leur globalité en intégrant le volet psy, en prenant en compte le volet psy de la personne ». Mme Laborde.

« La prise en charge globale, ça veut dire ne pas s'intéresser qu'aux éléments médicaux mais aussi aux éléments de l'entourage : famille, logement, ressource financière. Je pense qu'aujourd'hui, c'est assez acquis au niveau des entretiens infirmiers chez nous. Pour ce faire, on remplit une macrocible, qui est un peu le résumé de la vie du patient et l'environnement en fait partie. [...] La personne fait la démarche de venir jusqu'à nous ou alors elle est adressée par un acteur social, il ne s'agit pas de la renvoyer à trois semaines plus tard, on sait très bien que la notion de temporalité existe moins chez ces personnes, la demande c'est pareil, il peut y avoir une demande un jour précis puis ensuite elle s'éparpille. Ces personnes sont dans l'urgence, ça veut ne pas dire qu'il y a forcément une urgence mais il faut quand même répondre. Mais répondre, ça ne veut pas dire répondre précisément mais avoir une réponse quand même à ce moment là. Pour répondre, il faut donc qu'on ait un certain nombre d'informations et cela, ça passe par l'entretien avec elle et sur son environnement ». Mr Chassepeau, cadre infirmier supérieur.

Dans ces deux extraits d'entretien, on parle de globalité quand on met en œuvre un processus de « ciblage » qui passe par l'énumération des différentes « adresses » de l'individu. Dans ce processus, une adresse c'est le nom que l'on donne à tout ce qui pourrait ressembler à une attache. Le RMI, l'AAH, Emmaüs, un ami, la tutelle, le travailleur social, le juge, le psy, l'entourage, les objets sociaux, etc... Comme nous l'avons déjà vu, il s'agit de travailler les ressources de l'individu, mais les ressources en terme d'attachement, le processus de « ciblage » permettant en quelque sorte de faire « le tour » de l'individu en multipliant les prises. A la fin de ce processus, le professionnel de la relation d'aide aura réalisé un véritable travail de cartographie et de reconnaissance des ancrages et des attachements de l'individu, non pas pour réajuster les adressages (comme dans les procédures d'orientation) mais pour tenter d'articuler les différents attachements de l'individu.

« L'autre jour, on a reçu cette personne de Bordeaux, qui était psychotique et en grande précarité, donc forcément c'était tout bizarre. On a mené une sorte d'enquête parce que moi j'ai passé mon temps à appeler partout. J'ai appelé la tutrice, le médecin qui la traitait depuis des années, Emmaüs, le CMP... tout ça pour que quand elle a vu le médecin l'après-midi, on ait le maximum d'éléments. C'est assez rapide du coup, on avait même son traitement antérieur. C'est un peu comme une enquête globale en fait, mais parfois c'est des entretiens presque directs parce que si on est que dans l'écoute, on a rien avec des cas comme ça ». Mr Chassepeau.

En résumé, la particularité de la forme inversée de la demande est d'être doublement située, à la fois du côté de l'expérience clinique qui doit prendre en compte des phénomènes de ruptures de liens (sociaux, culturels, politiques), et également du côté des transformations des pratiques des professionnels de la relation d'aide qui doivent apprendre à concilier norme d'autonomie et pragmatique d'attachement. Mais ces deux aspects sont bel et bien liés dans la mesure où ces transformations rebondissent tant au niveau des soubassements théoriques des acteurs en présence (clinique éducative, clinique psychopathologique, psychologie humaniste), qu'au niveau des dispositifs préconisés et des disciplines qui les pensent (psychologie, sociologie). La double acception de la notion d'attachement joue ici un rôle essentiel de connecteur puisqu'elle fait sens à la fois pour les professionnels (on parle de leurs réseaux d'attachements) et pour les usagers/patients (on parle de leurs ressources en tant que personne). Aujourd'hui, si « prendre soin » de l'autonomie de la personne semble constituer une visée commune du travail social et de la psychiatrie, ce « prendre soin » ne peut pas se réduire à une capacité rationnelle (éducative et/ou gestionnaire) visant à mettre en place des procédures d'adressage. Pour mettre au travail les attachements (en termes de ressources) de la personne, les professionnels de la relation d'aide sont amenés à travailler leurs propres interdépendances et donc à s'étayer les uns les autres. Cette langue commune

de l'étagage, prend alors tout son sens puisque c'est elle qui permet de trouver un consensus à la fois au niveau de l'expérience clinique et au niveau des transformations des pratiques professionnelles. En renvoyant les professionnels de la relation d'aide à leurs interdépendances et en les amenant à co-construire l'accompagnement de la personne, la visée d'étagage permet d'articuler dans une même clinique des pratiques qui étaient jusque-là hétérogènes.

7. Cf dans ce même numéro l'article de Benoît Eyraud.

Les professionnels de la relation d'aide continuent ici d'activer l'injonction à l'autonomie⁽⁷⁾, mais en ayant le souci de ne pas organiser à la place de



la personne sa circulation dans le réseau co-construit d'adresses. En cherchant à se tenir à la fois « en proximité » et à la « juste distance », la clinique qu'ils articulent opère un réajustement postural permanent qui nécessite de la mobilité et de la transitionnalité. En ce sens, cette clinique *du tiers* exige du *transport* (entre les institutions) et de la *traduction* (de langages et de savoirs) entre les professionnels impliqués. Et c'est bien de ce double déplacement qu'elle tire la possibilité de sortir du versant de la paradoxalité pour fonder un accompagnement global et situé qui accroche la personne.

Mme Hétaytois, médecin psychiatre en CMP
« C'est comme une maison, si les fondements ne sont pas bons ça ne tient pas debout. On est là pour apporter des échafaudages, pour étayer ».

Mme Laborde : « Mais nos institutions ne nous permettent plus de jouer ce rôle d'étagage, elles ne jouent plus leur rôle de contenant. Du coup, les gens se tournent vers Emmaüs ».

Mme Hétaytois : « C'est un peu comme la légion étrangère avant ».

Mme Laborde : « Ils ne se construisent pas en tout cas ».

Mme Hétaytois : « Mais le but de nos institutions ce n'est pas de les construire mais de les faire tenir, c'est tout ».



Alphonse

Cet échange a lieu dans les locaux d'une association intermédiaire que nous appellerons l'Annexe⁽¹⁾. A côté d'Alphonse se tient sa conseillère d'insertion et deux psychologues du Centre Georges Devereux dont l'une dirige la consultation tandis que l'autre l'assiste et prend en note le mot à mot de la discussion (moi-même). Nous sommes assis autour d'un bureau où sont disposés des tasses de café et des viennoiseries, installés confortablement pour ces consultations un peu particulières dont chacune dure deux heures en moyenne. C'est la deuxième fois que nous recevons Alphonse dans le cadre de notre permanence de soutien psychosocial à l'Annexe.

Alphonse est un homme d'une quarantaine d'années, au chômage depuis de longues années. Pour l'instant, il vit à l'hôtel social avec sa femme et ses deux enfants. Il souffre de problèmes de santé liés à son obésité. Quand nous le rencontrons pour la première fois, sa conseillère d'insertion nous explique qu'elle ne sait plus comment faire pour l'aider. A chaque fois qu'elle lui trouve un emploi, Alphonse s'épuise rapidement et ne tient pas. Il est très sensible aux commentaires de ses collègues, il a l'impression qu'on se moque de lui et cela le décourage. Il n'a plus d'espoir. Sa plus grande préoccupation est d'obtenir un logement décent et stable mais pour cela, on lui demande d'avoir un emploi... Il est pris dans ce cercle vicieux que nous retrouvons tant de fois à l'œuvre, où le chômage entraîne une déchéance sociale qui entraîne à son tour de grandes difficultés pour retrouver un emploi. Il dort mal, mange trop, fait des crises d'angoisse, a des pensées noires. Nous reconstituons ensemble son parcours. S'il a tant de mal à travailler aujourd'hui, cela n'a pas toujours été le cas, loin de là. Il a été très actif et particulièrement compétent, mais dans un domaine dont il ne souhaite plus entendre parler et qu'il n'a évoqué qu'à demi-mot à sa conseillère d'insertion, alors qu'elle s'occupe de lui depuis des années. Dès les débuts précoces de sa vie active et pendant de longues années, Alphonse a été croque-mort. Son père était menuisier et, comme c'était souvent le cas dans ces petits villages du centre de la France, c'était au menuisier que reve-

Soigner l'accompagnement social

La thérapeute : « Vous êtes en contact avec des morts... »

Alphonse : « Ils ne me parlent pas, mais... »

La thérapeute : « Ils communiquent par des signes ? »

Alphonse : « C'est très compliqué d'être en contact avec des morts... (...) Ca me fait peur, j'ai pas envie de discuter avec eux. (...) Est-ce qu'ils veulent que je les rejoigne ? (...) La mort ne me fait pas peur, mais les morts, oui. »

La thérapeute : « Vous savez, il existe des choses que vous pourriez faire pour qu'ils vous laissent tranquille. »

Alphonse : [long silence] « Je veux bien que ça s'arrête, mais en un sens je veux savoir pourquoi ils cherchent à me contacter. »

Emilie
Hermant

Psychologue
clinicienne au
Centre Georges
Devereux, Centre
universitaire d'aide
psychologique,
Université de Paris
VIII (Saint-Denis).

nait la tâche de fabriquer le cercueil et de préparer le mort. C'est pour cette raison que lorsqu'il était enfant son père lui a appris, en même temps que la menuiserie, le métier de croque-mort. C'est à lui que revenait le soin de laver les morts, de les préparer, les habiller, les coiffer et les maquiller. Dans son village natal, Alphonse a longtemps été le responsable de la dernière image que le défunt laissait en héritage à ses survivants. Jusqu'à ce qu'il craque, précisément le jour où il a dû « préparer » une petite fille. C'est alors qu'il a refusé d'y toucher. « C'était un ange... Je ne pouvais rien faire... Je n'en pouvais plus ». Il est alors parti en région parisienne, pour commencer un nouveau métier, une nouvelle vie, loin des morts. C'est là qu'il a rencontré sa femme et qu'ils se sont installés ensemble pour fonder une famille. Mais les problèmes n'ont pas cessé pour autant... Il hésite, se tait. A ce stade de ses confidences, nous sentons que nous devons l'aider à aller plus loin, que nous devons presque deviner à

1. Pour respecter la confidentialité des usagers, j'ai naturellement changé tous les paramètres susceptibles de les rendre reconnaissables, les noms des personnes et des lieux, mais aussi le nom de l'institution, une Association Intermédiaire.

voix haute, entre nous, pour qu'il puisse reprendre le fil de son récit. Ce qui lui est arrivé ensuite, il n'en a parlé à pratiquement personne. Pas aux assistantes sociales en tout cas, et encore moins à des pysys : « Pour qu'on me prenne pour un taré ? Non merci ».

Il nous raconte que les morts ne l'ont, en réalité, jamais quitté. Au début, ce n'était qu'une légère sensation, peu intrusive, une sorte de présence implicite. Et puis les morts se sont manifestés avec plus d'insistance, revenant se présenter à des moments inattendus, tenaces... Dans les rêves, bien sûr, mais aussi dans des images diurnes et nocturnes, dans des signes qu'il doit sans cesse décoder – grincements de meubles, objets qui se déplacent selon leur propre volonté, lumières qui s'éteignent et se rallument inopinément... Parmi ces « présences », Alphonse identifie souvent celles de ses parents, décédés depuis de nombreuses années. Il est alors très impressionné par leur détresse, voire leur colère. En effet, en dépit de leur mort, Alphonse continue à avoir des relations avec ses parents mais ces relations ne sont pas faciles. Par exemple, dans ses rêves, sa mère lui adresse des messages qui lui rappellent sans cesse qu'il doit « entrer en contact » avec son père pour régler telle ou telle affaire restée en souffrance ; au moment de son décès, Alphonse était brouillé avec son père. Nous suivons désormais plusieurs pistes en même temps, celle qui explore ces histoires de présence de morts, celle qui cherche à comprendre les origines de la brouille avec son père, mais aussi celle qui recherche les compétences singulières de cet homme aujourd'hui au bord de l'effondrement et celle qui recherche symétriquement les affinités potentielles du monde avec ces compétences.

Comment faire ?

C'est la question que l'Annexe a posée à Tobie Nathan et aux cliniciens du Centre Georges Devereux⁽²⁾ il y a cinq ans et dont une forme de réponse a été expérimentée avec l'ouverture d'une consultation de soutien psychosocial dans les locaux de l'Annexe⁽³⁾. En tant qu'association intermédiaire travaillant auprès d'un public en très grande précarité sociale, l'Annexe a deux missions principales. Elle est une sorte d'employeur qui propose aux

personnes des missions de travail ponctuelles et elle est également chargée du suivi d'insertion de ces personnes, par exemple dans le cadre de mesures d'ASI (Appui Social Individualisé - dispositif RMI). Comparée aux autres instances œuvrant dans le champ de l'action sociale, l'intervention de l'Annexe est très particulière parce qu'elle combine un accompagnement social actif avec la possibilité concrète d'offrir ce qui est si difficile à obtenir pour ce public : de l'emploi. Même si les missions de travail qu'elle peut offrir sont le plus souvent ponctuelles et alimentaires, ce sont tout de même de véritables missions de travail, alors que les personnes qui fréquentent cette institution se trouvent parfois sans emploi depuis des mois, souvent des années. Les missions de travail sont organisées de telle manière que les fragilités des personnes susceptibles de s'y trouver révélées sont immédiatement reprises par les conseillers d'insertion de l'Annexe dans l'objectif d'y faire face et d'y remédier, d'une manière ou d'une autre. En d'autres termes, l'Annexe utilise le terrain de l'emploi comme un levier non seulement pour repérer certaines difficultés des personnes, mais surtout pour les traiter, le tout en contrepoint d'un suivi social remarquablement actif. En dépit de ces caractéristiques rares et le plus souvent efficaces, l'équipe de l'Annexe s'est trouvée en difficultés pour venir en aide à un certain nombre de personnes vis à vis desquelles tous leurs efforts semblaient vains. Les professionnels de l'Annexe se sont fortement interrogés à propos de ce qu'ils concevaient comme une inefficacité partielle de leur travail, qui leur était d'autant plus insupportable que leurs bénéficiaires subissaient naturellement cette situation comme un énième échec personnel, susceptible d'aggraver un peu plus leur état. Ils se sont alors demandés si ce qui pouvait empêcher d'une manière ou d'une autre la progression de ces personnes n'était pas d'ordre psychologique. Se sentant par ailleurs impuissants face à la détresse aiguë des personnes concernées et ne parvenant pas à les amener à consulter dans les services psychiatriques de secteur, ils nous ont alors sollicités pour imaginer une intervention d'aide psychologique conçue sur mesure – tant vis à vis de leur public que vis à vis des caractéristiques de leur accompagnement.

2. Centre universitaire d'aide psychologique fondé par Tobie Nathan en 1993, sur le campus de l'Université Paris 8 à Saint-Denis ; ce centre accueille des familles d'origine migrantes en consultation d'ethnopsychiatrie et mène des recherches en psychologie clinique et pathologique sur des problématiques variées. (www.ethnopsychiatrie.net)

3. Cette permanence s'est tenue à l'Annexe pendant un peu plus de trois ans, de 2002 à 2005.

Tobie Nathan a commencé par instaurer une phase d'observation et d'analyse des pratiques pendant laquelle lui-même et d'autres psychologues du Centre Georges Devereux ont travaillé avec les intervenants de l'Annexe sur des situations qui posaient problème à ces derniers. Six mois après le début de cette collaboration, T. Nathan a proposé à l'Annexe de mettre en place une consultation élaborée comme un dispositif expérimental, c'est à dire pouvant faire l'objet de remaniements de part et d'autre dans le cadre d'une évaluation constante de ses effets. Ce dispositif avait (et a gardé tout le long de ses activités) les propriétés suivantes :

- Les consultations se déroulent dans un lieu familier pour les usagers, là où les problèmes émergent, là où une relation de confiance est déjà établie, à savoir principalement dans les locaux de l'Annexe ;
- en présence du ou des référent(s) de l'Annexe qui accompagne(nt) les usagers en amont et en aval du suivi psychologique ;
- elles durent autant de temps que nécessaire et sont gratuites pour les usagers ;
- elles ont lieu en présence, si besoin, d'un médiateur quand la personne est d'origine migrante ; ou de toute autre personne susceptible d'améliorer la prise en charge (anthropologue spécialiste de telle ou telle problématique, par exemple) ;
- les usagers peuvent venir accompagnés par les personnes de leur choix (conjoint, famille, amis...) ;
- l'évaluation de l'impact du dispositif est régulièrement effectuée par l'institution demandeuse de notre intervention.

Une certaine vision du « psychosocial »

Le principe fondamental duquel a découlé la majeure partie de ces modalités correspondait à notre volonté de penser une aide *autant* pour les personnes que pour les professionnels de l'Annexe. En d'autres termes, il s'agissait d'intervenir moins directement auprès du public — qui n'était d'ailleurs pas en demande d'aide psychologique — qu'au niveau de la relation professionnel-bénéficiaire, c'est à dire au niveau de la prise en charge par l'Annexe de son usager. Ce faisant, nous visions le renforce-

ment de cette prise en charge quand elle apparaissait bloquée et nous travaillions à restituer son efficacité, en permettant d'accéder à du matériel susceptible de déboucher sur des pistes de travail inédites dont puisse se saisir le professionnel pour sa prise en charge et ses orientations. C'est ainsi que nous concevions le sens d'une intervention réellement « psychosociale », c'est à dire d'une intervention psychologique dont la matière première serait moins la psyché des individus que l'action sociale elle-même, en tant qu'elle pouvait parfois se trouver confrontée à des difficultés propres générant de l'inefficacité. Ce faisant, nous partions du principe méthodologique que les difficultés des usagers de l'Annexe relevaient d'abord d'une nature sociale avant d'être psychologiques. Vue l'extraordinaire précarité sociale des usagers de l'Annexe, nous partions du principe que pour qu'ils aillent mieux, il fallait en priorité que nous travaillions à « réparer » leur prise en charge sociale afin de leur permettre de mieux en *bénéficier*.

Pour autant, comme l'atteste l'extrait de la consultation avec Alphonse, nous ne nous sommes pas gardés d'explorer et d'intervenir sur ce qui, dans les parcours de vie des usagers, pouvaient constituer autant d'empêchements pour eux comme pour leur suivi social. Cette exploration permettait de comprendre les dynamiques à l'œuvre autant du côté de leurs fragilités que de leurs forces, et de permettre aux usagers comme aux travailleurs sociaux de se saisir de cette compréhension, par exemple pour imaginer de nouvelles pistes alors que tout leur semblait irrémédiablement bouché. Contrairement à ce que l'on entend souvent chez les « psys » comme chez les travailleurs sociaux, les registres « privé »/« public » ou « intime »/« social » se trouvent inextricablement mêlés dans la vie des usagers et c'est bien comme tels, entremêlés, que les intervenants sociaux sont contraints de s'en saisir pour modifier les situations dramatiques dont ils ont la charge. Leur difficulté — et non des moindres — est alors la suivante : que faire de tout le matériel « privé » dont ils sont si souvent les dépositaires ? Que faire des confidences, des larmes, des énigmes personnelles que leur racontent chaque jour les usagers ? C'est également à cet endroit précis que le fait de recevoir les usagers *ensemble* a pris tout

son sens. En intervenant côte à côte lors des entretiens, pys et travailleurs sociaux ont accueilli et travaillé avec leurs outils respectifs cette même matière, en œuvrant cependant pour un objectif commun, l'amélioration de la situation de l'usager. Dans le cas d'Alphonse, par exemple, le fait d'explorer ensemble la problématique des morts dans son existence a permis à sa conseillère d'insertion de mieux comprendre certains de ses comportements sur ses lieux de travail et de l'orienter différemment. Le fait de travailler également à un aménagement de ses « relations » aux défunts qui lui convienne (puisqu'il ne voulait pas totalement cesser d'avoir des relations avec eux !), qui soit moins perturbante, a permis à Alphonse de désengorger considérablement ses angoisses quotidiennes, d'envisager très différemment ses relations aux vivants et partant, de considérer éventuellement un devenir professionnel en contact avec les personnes en fin de vie⁽⁴⁾. En attendant, il a rapidement trouvé un travail à temps partiel dans le bâtiment. Ses difficultés, notamment sociales, ne sont pas toutes réglées pour autant – loin s'en faut. Mais le fait de travailler au désengorgement de l'angoisse liée aux morts d'Alphonse a permis de dégager du lest pour atteindre et commencer à traiter d'autres aspects de ses difficultés jusqu'alors inaccessibles.

4. A propos des relations que les vivants peuvent entretenir avec leurs morts, voir le remarquable livre de Magali Molinié : *Soigner les morts pour guérir les vivants*, 2006.

Travailler l'autonomie ou les attachements ?

La méthodologie à l'œuvre dans ce travail est celle de l'ethnopsychiatrie telle que l'a définie Tobie Nathan : « Une pensée psychologique qui prend délibérément le parti d'envisager les personnes, leur fonctionnement psychologique individuel, les modalités de leurs interactions à partir de leurs attachements – attachements multiples à des langues, à des lieux, à des divinités, à des ancêtres, à des manières de faire ». Dans la mesure où, comme dit Bruno Latour, « la question ne se pose plus de

savoir si l'on doit être libre ou attaché, mais si l'on est bien ou mal attaché », il y a un grand intérêt méthodologique à considérer l'action sociale comme un système généralement puissant d'attachements, susceptible cependant de manquer ses objectifs ou de dysfonctionner. Quand il fonctionne bien, ce système fabrique en effet de l'autonomisation, si par « autonomisation » on entend la mise en œuvre d'attachements suffisamment bien articulés et fonctionnels pour être saisis par l'usager en *toute autonomie*. Mais quand il fonctionne mal ou quand l'usager est lui-même trop abîmé pour en bénéficier correctement, le système se grippe et tout se passe comme si les différents attachements habituellement souples, protecteurs et renforçants qu'il génère se transforment en attaches rigides, cassantes, qui manquent leurs objectifs, produisant une dégénérescence de la prise en charge et un sentiment d'échec chez l'usager.

Cette expérience au sein d'une Association intermédiaire ne constitue en aucun cas pour nous un modèle susceptible d'être répliqué tel quel dans d'autres contextes, même similaires. Sollicités depuis 2005 pour mettre en place des permanences de soutien psychosocial au sein de « Maisons de l'emploi », les psychologues du Centre Georges Devereux ont veillé à ajuster leur intervention vis à vis de la spécificité de ces institutions qui œuvrent en complémentarité de l'ANPE et dont les conseillers ne sont pas habilités à effectuer de réel accompagnement social des usagers. Nous travaillons avec les conseillers au repérage des forces de leur public, forces dont ils peuvent se saisir ensuite pour perfectionner leur accompagnement, ainsi qu'au repérage de leurs fragilités vis-à-vis desquelles une orientation médico-sociale s'avère souvent nécessaire. Notre préoccupation est alors de concevoir ensemble un sas opérationnel et dynamique entre ces structures et le réseau médico-social de secteur.

Historiquement, la politique de secteur psychiatrique pose cette question comme demande sociale et politique. Elle ouvre la psychiatrie sur la communauté et ses « organisateurs » et les liens à construire avec eux, ce que Lucien Bonnafé nomme « implantation préalable », c'est-à-dire la connaissance d'une cartographie des ressources possibles. Dans ce contexte, les tiers sociaux et familiaux sont des partenaires à part entière, avec leurs compétences, leurs engagements, leurs limites et leurs motivations subjectives en rapport avec le patient.

Dans les faits, l'expérience montre que la reconnaissance du rôle de tiers dans la situation contextuelle de la crise est souvent restée déniée, et les négociations entre partenaires essentiellement utilitaires (à l'exception, sans doute, de nombre de pratiques plus militantes). La situation a cependant évolué, ces dernières années, avec la prise de conscience par les politiques et les partenaires sociaux du « besoin de psychiatrie » face au délitement des liens sociaux et leurs conséquences psychologiques. Elle pose pratiquement la question de la réciprocité entre des institutions aux finalités différentes ou contradictoires, dont une approche possible apparaît dans l'élaboration de politiques de santé mentale locales, par exemple avec les conseils locaux de santé mentale.

Pratiques de négociations dans le travail clinique

Nous avons souvent exposé l'expérience d'ouverture d'un centre d'accueil et de crise ouvert 24h sur 24 en plein centre de Paris, avec un travail d'accueil qui nous a confronté à la construction de réseaux autour des besoins du patient et de l'élaboration d'approches cliniques psychosociales auprès des précaires exclus ou désaffiliés. Le tiers n'y est pas « l'empêcheur » d'une approche du patient, mais un élément dynamique, avec ses réticences et ses résistances, dans cette approche de ce qui fait relation en crise avec le sujet et son symptôme : le patient nommé ou pas comme tel. Dans cette prise en compte nous reconnaissons que le tiers s'institue comme partie prenante du symptôme et de son traitement. Il permet en effet d'inscrire le symptôme

L'institution du tiers dans les pratiques cliniques

La demande d'un tiers dans l'accès aux soins psychiatriques est souvent la demande initiale. Elle exprime l'inquiétude de proches ou de professionnels à propos d'un sujet en crise, enjeu d'un désordre qui envahit l'entourage. La dramatisation est à la hauteur du sentiment d'impuissance à le faire cesser. Cette demande interroge le sens à lui attribuer et la pratique d'écoute du soignant, mais également sa place institutionnelle. Quelle place va-t-elle tenir dans l'approche thérapeutique ?

Jean-Pierre
Martin

Psychiatre,
Chef de service,
Hôpital Esquirol,
Saint Maurice (94)

dans une cartographie des entrées multiples de la situation de crise.

Tous les scénarios sont a priori possibles dans cette dramaturgie de ce qui fait urgence. Prendre le temps de cette démarche d'écoute multiple permet non seulement de différer (prendre le temps nécessaire) les certitudes diagnostiques et les propositions de traitement, mais aussi d'expérimenter pour le patient et son environnement l'importance d'un cadre clinique qui structure le soin. Dans cette optique, il permet la recherche du consentement aux soins.

Cette interface clinique crée un espace d'accueil privilégié de la psychose et de pathologies traumatiques dans le sens où il est protecteur, où l'écoute et la présence soignante ne sont pas intrusives mais attentives à ce qui fait expérience positive et lien possible. Le tiers est, ici, également un élément interne au fonctionnement de l'équipe d'accueil, qui mobilise les pratiques issues de la psychothérapie institutionnelle pour travailler collectivement ce cadre d'accès aux soins. Le lieu d'accueil est la scène d'échanges partagés autour des repas, des soirées, ou simplement de « se poser » autour d'un café, autant de moments de découverte de l'autre.

La formulation qui rend le mieux compte de cette approche intersubjective et sociale est celle de négociation, et la notion d'interface est le terme qui rend compte de ce travail de négociation entre les patients, les tiers et les soignants.

La reconnaissance du tiers est une dimension clinique psychosociale

Les pratiques de travail d'accueil et de crise ont trouvé un prolongement naturel dans le déplacement de l'interface - demande sociale/soins - vers les lieux associatifs où accèdent les personnes en situations de précarité. La notion d'interface s'est créée après le constat que l'accompagnement des errants présentant des troubles psychiques vers les lieux d'accès aux soins était mis en échec, la nécessité du soin étant récusée ou vécue comme une stigmatisation de plus. Elle s'est développée sous la forme de groupes de paroles, temps de construction d'une adresse possible aux soignants, dépassant la récusation.



Cette récusation a pour objet/cause l'impossibilité de nommer une affiliation, que ce soit du côté du soin comme du côté du travail social. La reconnaissance du soignant potentiel par le sujet en errance passe par la capacité de ce soignant à reconnaître la souffrance sociale et ses cadres d'accueil, prélude à la reconnaissance de ce qui fait souffrance psychique. La marginalisation des fonctions normatives du temps social d'un rendez-vous, d'un espace d'organisation de la survie, de mise en mots de l'indicible des traumas répétés, de l'écoute

de la parole et des actes de l'errant comme porteurs de sens partageables, trouvent ici une fonction tierce d'humanisation réciproque, hors de toute obligation de réussite dans les programmes d'insertion.

Ce mouvement d'« aller vers » passe souvent, préalablement, par la reconnaissance de l'équipe de psychiatrie de la nécessité de l'aide aux aidants qui travaillent dans ce contexte. S'institue ainsi un étayage de pratiques communes et de reconnaissance de compétences réciproques.

Cette démarche s'est avérée un acte politique manifeste, donc un tiers symbolique essentiel, quand il a engagé les différents intervenants à des actions de revendications de lieux ouverts aux errants, l'été, avec le refus de rafles et d'éloignement par la police au nom de l'ordre public, et la constitution d'un collectif rue rassemblant tous les partenaires. La charte de ce collectif pose l'affirmation éthique que le sujet précaire est un sujet citoyen, qu'il appartient à la société humaine et a droit au territoire de la cité.

Le tiers est fondamentalement l'enjeu d'un discours éthique

L'expérience de la pratique clinique hors des cadres de l'institution hospitalière fait apparaître la notion de réciprocité dans l'échange et s'est affirmée comme une pratique éthique fondée sur une reconnaissance et une réhabilitation du sujet, avec une place déterminante du travail de négociation entre tiers sociaux et tiers thérapeutiques.

Elle est une façon de faire de la clinique qui s'oppose aux processus d'objectivation (et leurs traitements) du sujet par le comportemental, dans lequel le regard technique décrit une action de stricte réparation symptomatique. Ce mouvement vers une clinique du sujet dans son contexte culturel et social est un acte politique de respect du sujet humain et une action politique alternative à la stigmatisation et à ses effets de dénégation des droits citoyens.

C'est dans cette rencontre entre pratiques et conception du sujet social réhabilité que se définit, pour nous, une politique de santé mentale. Elle signifie le dégagement d'idéaux normatifs nouveaux dans lesquels le clinicien aide le patient à être sujet

de ses propres normes. Le symptôme devient, dans ce cadre, une défense ou une résistance à l'enfermement sur lui-même, on pourrait dire à sa stricte objectivation.

La force des propos de Foucault, dans *L'histoire de la folie à l'âge classique*, est qu'aucune position soignante n'est possible s'il n'y a pas rupture avec le discours de pouvoir institutionnel et ses organisations.

Observe-t-on une telle rupture avec les changements des idéaux normatifs qui valorisent la technicité et la fonction de régulation d'une économie de santé, le statut d'« assuré ayant droit » prolongé avec le RMI pour ceux qui sont marginalisés dans le marché du travail ? Rien n'est moins sûr, car dans la pratique institutionnelle, l'évolution vers un contrat social partagé ne modifie pas fondamentalement le statut d'objet de soins de l'assuré. En outre, ce contrat tend à se déplacer du droit général, collectif, vers des droits de protection de la personne. La qualité de l'organisation et des contenus du soin est surdéterminée par la maîtrise de son coût social et la réduction du droit social vers celui de consommateur.

Elle fait apparaître, dans les rapports partenariaux avec le social, des exigences de résultats dans l'insertion et de nouveaux discours de minorisation de groupes sociaux entiers avec l'émergence de

termes comme « traitement de l'exclusion sociale » et de « victime ». Le contrat d'insertion tend à devenir assistance et une atteinte à la position de sujet dans l'échange.

L'actualité de Foucault s'exprime alors dans une critique des discours de pouvoir centrés sur l'organisation technique, administrative et la scène d'une objectivation négative du symptôme tant individuel que social, dans lesquels le sujet de « mineur aliéné » devient « incapable de réussite », un facteur de risque avant d'être un sujet social et citoyen. L'apogée de cette aliénation se retrouve, aujourd'hui, dans la loi de prévention de la délinquance où tous les déviants deviendraient potentiellement des délinquants à contrôler.

L'institution des tiers dans les pratiques cliniques et sociales s'ouvre, par conséquent, sur la nécessité d'organisations qui portent sur le champ politique le primat de l'écoute, celle-ci s'effectuant comme une interface paradoxale qui précède, en la construisant, l'institutionnalisation du soin. La prise en compte de la parole de l'autre est sa caractéristique : l'interface est ce moment où les choses ne sont pas encore nommées du côté de l'affirmation du soin, où la route à suivre n'est pas encore tracée. Elle valorise la négociation aux dépens des conduites à tenir, opératoires, de l'urgence.

••• Dispositifs institutionnels, Dispositifs interstitiels en santé mentale

Lise Demailly

Professeure de sociologie, CLERSE/IFRESI/U. Lille I

Dans le cadre de la prise en charge du "trouble psychique" - ou de ce que je préfère appeler le "malheur psychique" pour retirer la connotation institutionnelle et psychiatrique du terme et couvrir l'ensemble des troubles qui vont de la folie au mal-être, à l'addiction et à la dépression ordinaire - certains lieux, certains dispositifs passent inaperçus. Ce sont ceux qui se développent à l'ombre des grandes institutions et des grands dispositifs institutionnels comme le RMI. Ils relèvent du tissu associatif, voire militant, ou d'initiatives à la marge des organisations productives.

Je réunis sous le terme de "dispositif interstitiels" des lieux divers, dans la métropole lilloise, comme AIDFAM une association qui prend en charge des problématiques familiales, VOYAGE qui accueille des publics en grande difficulté à partir d'activités culturelles ou de travail sur soi (l'objectif d'insertion devenant très éloigné), INTERLUDE qui met en place un dispositif transitoire pour des jeunes toxicomanes, mais aussi les ateliers de la FNA-PSY, le Centre Frontières (centre artistique lié à l'EPSM Lille métropole), l'association Diogène qui intervient auprès des CHR et à la demande du 115, le Centre d'accueil et de crise du CHU, tel groupe de parole pour dépendants à une drogue ou pour jeunes homosexuels en difficulté, la cellule psychologique créée par la préfecture de Lille qui accueille les fonctionnaires "en crise" etc. Ils datent environ d'une vingtaine d'années. Ils sont en nombre important. Nous avons repéré sur la métropole lilloise (deux millions d'habitants) environ 1000 associations qui touchent à des questions de santé mentale, notamment sous l'angle de la prévention. Ce phénomène

est fort intéressant puisque dans la notion de "politique de santé mentale" venant en place de "politique de la psychiatrie", le versant prévention est en principe valorisé, sans qu'on sache d'ailleurs bien encore de quoi serait faite la politique de prévention des secteurs psychiatriques.

Ces lieux interstitiels sont difficiles à nommer, car tout choix d'un nom porte une hypothèse d'interprétation et d'identification qui est prématurée au regard d'une émergence sur laquelle il reste difficile de se prononcer, entre une nouvelle organisation des prises en charge en train de se profiler ou des expériences destinées à rester marginales. En premier lieu nous⁽¹⁾ les avons appelés "dispositifs innovants". Dénomination finalement naïve au regard d'une généalogie des institutions du social et du champ de la santé mentale, vu l'existence des lieux de vie ou des alternatives à l'hospitalisation telles qu'elles émergent dès les années soixante.

C'est pourquoi, nous avons eu aussi recours au terme de "dispositifs flous", dénomination à vrai dire purement descriptive et peu significative, même si elle insistait sur la fluidité et l'adaptabilité de tels lieux. De la même façon, nous avons utilisé l'expression de "dispositifs polyvalents" pour marquer la pluralité des références en jeu tant sur le plan théorique que sur celui des pratiques mises en œuvre avec le public que sur la formation des personnels "accueillants", ni purement dans le social, ni purement dans le soin, mais à la fois dans les deux, et avec parfois autre chose en plus (des pratiques culturelles, de l'aide juridique concernant les problèmes de divorce ou de délinquance, de l'aide à la gestion de carrière), avec une indétermination quant aux publics eux-mêmes et une acceptation du caractère "global" de leur demande.⁽²⁾

Nous avons un moment fait référence à une dénomination moins métaphorique qui consiste à mettre en lumière le fonctionnement de ces dispositifs : ils s'adressent à des personnes en souffrance, ils insistent sur la dimension collective de la prise en charge, à travers, notamment, la facilitation et la mise en scène de la parole collective, tout en se démarquant de la démarche thérapeutique courante et des approches procédurales qu'engagent les prestations du travail social, tant sur le versant traditionnel de l'aide sociale que sur celui, plus

1. Equipe IFRESI-CNRS Lille. Ce texte s'appuie sur un travail fait en compagnie de Michel Autès et Bernadette Delaval.

2. Didier Fassin (2004) et Michel Joubert (2004) les appellent, de façon descriptive aussi et à mon avis un peu partielle, des "lieux d'écoute".

récent, de l'insertion. Il est clair cependant, comme on le verra dans la présentation d'une des trois expériences que nous avons étudiées de près, qu'ils entretiennent des rapports étroits avec les modalités de l'une et l'autre approche, mais que c'est en en pointant les insuffisances des institutions classiques (secteur psychiatriques, médecine et psychologie libérale, clubs de prévention), qu'ils élaborent leur propre référentiel d'action. C'est pourquoi le terme, plus savant, de "clinique psychosociale" ou de "dispositifs sociaux psychiques" peut aussi qualifier le mode opératoire qui est en jeu. Clinique parce qu'il s'agit d'une approche des cas et des singularités, qu'elles soient individuelles ou groupales, et "sociaux psychiques" parce que la question du lien entre la dimension subjective et les mécanismes collectifs, ou l'origine sociale ou relationnelle des troubles, est au cœur du projet d'intervention.

Si finalement nous nous sommes arrêtés sur cette appellation de "dispositifs interstitiels", c'est parce qu'elle rend compte de la position spécifique de ces dispositifs qui prennent place dans les failles de besoins sociaux non satisfaits par les institutions établies. Mais plusieurs lectures restent possibles de ce que sont les interstices et de la fonction que remplissent ces dispositifs.

Faute de place, je me concentrerai sur l'exemple d'AIDFAM.

AIDFAM a été créée en 1986, sur la base de subventions pour la prévention de la toxicomanie. En 1993, avec des subventions de la ville de Lille et l'arrivée de la directrice actuelle, elle se donne le projet d'ouvrir des lieux d'accueil, d'écoute et de soutien pour des adultes en difficulté relationnelle au sein de leur famille (la toxicomanie n'étant plus qu'un symptôme parmi d'autres) dans trois quartiers lillois, dont deux défavorisés. AIDFAM est actuellement subventionnée par la ville de Lille, le Conseil Général du Nord et la DDASS.

Les objectifs, les croyances de la structure sont les suivants :

- **La parole est un moyen de retrouver un mieux être psychique et un moyen de prévention des troubles** (délinquance, addiction, dépression, violences). Il faut donc offrir des lieux pour parler à des gens qui n'osent pas aller voir le psychiatre ou

le psychologue, à cause de la stigmatisation de l'image de la psychiatrie. Mais il s'agit aussi de faire mieux que dans les CMP. *"Ne faites pas une tête d'enterrement comme dans les CMP"* dit la directrice à ses "accueillants". La convivialité de l'accueil est préconisée. Il s'agit aussi de savoir répondre rapidement à la demande et de ne pas dépasser une semaine d'attente pour un rendez-vous, contrairement là aussi à ce qui se passe en CMP.

- **Il faut que les usagers soient actifs.** Ce principe soutient les activités collectives internes. Les groupes de production-action sont des groupes d'usagers qui produisent, avec l'aide d'un réalisateur, des films sur leur situation de parents d'adolescents toxicomanes, dans une volonté de témoignage pour aider les autres parents. Les groupes de paroles sont des groupes d'entraide (entre parents, ou entre adolescents). La prise de parole des usagers lors des conférences est systématiquement encouragée.

- **Il faut aller vers les populations qui ne viendront jamais demander de l'aide.** Le créneau ici se définit par opposition aux clubs de prévention "qui attendent que les jeunes viennent à eux mais ne se déplacent plus sur les terrains", alors qu'AIDFAM fait des permanences de rue, par exemple des sorties d'écoles maternelles, ou dans les mairies de quartier, pour être au plus près des populations "exclues".

Le créneau de marché est donc défini de manière militante par rapport aux CMP (peu accessibles, peu conviviaux) et aux structures du travail social classique (qui renoncent à aller à la rencontre des terrains les plus "difficiles"), les deux, selon la directrice, ne considérant les usagers que comme passifs.

L'association compte actuellement trois salariés à temps complet (la directrice, qui est psychologue, une psychothérapeute, une secrétaire), une quinzaine de personnes qui travaillent en CDI à temps partiel, présentés comme des "professionnels du secteur médico-social" (dans le cadre de la convention de l'Education spécialisée) et qui ont des contacts directs avec les usagers. Ils sont, quant à leur métier ou statut principal : éducateurs spécialisés, assistants sociaux, trois psychologues, conseillers conjugaux, médiateurs, thérapeutes familiaux, psychanalystes, sociologues. A cette liste

s'ajoute des vacataires divers : une juriste et une avocate qui reçoivent aussi des usagers, les conférenciers, le psychiatre qui assure les séances de supervision collective tous les mois (ou individuelles à la demande), les invités aux séances de formation interne, les réalisateurs et les universitaires qui collaborent aux groupes de production de vidéo.

Le premier service offert par AIDFAM sous forme "d'entretiens" et de "suivis" est celui d'une offre conjointe d'orientation dans les services sociaux et les procédures judiciaires (IEAD, AEMO), de consultation juridique, d'écoute psychothérapeutique, laquelle va du soutien ponctuel au suivi long (trois ans). La connexion accompagnement psychologique-conseil juridique noue autour de situations de plainte renvoyant à la violence sociale et psychologique qui s'exerce au sein des familles (inceste, pédophilie, femme battue, climat de terreur, disputes récurrentes) et autour des problèmes suscités par les conduites à risque des adolescents qu'ils en soient victimes ou auteurs (addiction, agression, vol, viol, fugue). La consultation juridique interne d'AIDFAM concerne surtout des familles populaires, perdues dans les dédales de la justice ou effrayées par un procès aux assises. Ainsi l'accompagnement psychologique de la demande d'AEMO, demande souvent culpabilisante pour les parents quand elle est à leur initiative et qui révèle parfois son inutilité après quelques entretiens à AIDFAM.

Les entretiens, volontairement, ne sont pas présentés dans les plaquettes de présentations comme "psy". Certains entretiens relèvent pourtant, d'autre du conseil éducatif ou de la réorientation (vers les services sociaux, un juge pour enfant, llot psy...). Les entretiens sont anonymes, la confidentialité de leur contenu est garantie, le rendez-vous doit être pris par l'intéressé. Leur périodicité est hebdomadaire, bihebdomadaire, mensuelle ou irrégulière. Les CSP des accueillis sont variées. Environ 12 à 15 % de CSP supérieures, 15 % professions intermédiaires, 70 % "classes populaires", dont un certain nombre d'origine étrangère.

Dans le cas d'Ariane, ce sont d'abord les deux parents de milieu populaire qui sont reçus pendant la durée de sa fugue, puis, à sa demande, Ariane, victime pendant sa fugue de "rapports sexuels forcés" selon son terme, cliente principale, pendant plusieurs années, et les deux parents par ailleurs, pendant un certain temps. Puis les parents arrêtent et seuls des points réguliers sont faits. Un problème de couple apparaît et madame est reçue seule. A la demande d'Ariane, deux séances ont lieu avec son père. A la demande des parents, une rencontre est organisée avec la juriste à un moment où les contacts avec le monde de la justice deviennent difficiles pour Ariane et ses parents. Elle a renoué avec l'école et un projet professionnel et a maintenant arrêté sa psychothérapie.

On voit que la clinique mise au point à AIDFAM, avec sa convivialité, ses suivis de moyenne durée et la souplesse des configurations d'entretien est assez inventive et réussit une adaptation à des clientèles variées, notamment populaires. Cela ne va tout de même pas sans difficultés. Il se produit en effet pour les femmes ou les couples des classes populaires un certain mécanisme d'auto élimination des suivis longs qui peut emprunter plusieurs voies. Cette auto élimination concerne par exemple certaines mères de familles arrivant avec une demande qui est comptabilisée dans les statistiques d'AIDFAM comme "demande pour le compte d'un tiers" : *"mon fils se drogue, mon fils ne fait rien à l'école, mon fils est violent, il faudrait que vous lui expliquiez, que vous lui fassiez comprendre"*. Parfois l'enfant est amené au rendez-vous pris par la mère, par celle-ci, contre son gré. Dans ce cas typique de demande



pour le compte d'un tiers, le dispositif répond, par principe : 1/ Vous dites être en détresse, nous pouvons faire un travail avec vous-même, pour votre propre compte, et cela, très probablement, aura, *de plus*, un effet bénéfique *indirect* sur le tiers dont vous vous plaignez.

2/ Nous sommes prêts à recevoir le tiers mais ne pouvons pas le faire s'il ne téléphone pas lui-même pour prendre rendez-vous pour lui, ou s'il ne confirme pas qu'il vous accompagne de son plein gré. La transformation de la demande initiale en demande "pour son propre compte" s'effectue parfois mal notamment avec les femmes d'origine maghrébine, en plainte pour un adolescent violent (qui n'accepte pas l'idée d'entretiens), dont les accueillants reconnaissent qu'ils sont mis en difficulté par la demande de ces femmes. Pour diminuer la difficulté des parents d'origine populaire, notamment immigrés, à accepter un travail d'ordre psychothérapeutique, AIDFAM pratique donc volontairement l'euphémisation (c'est une consigne donnée aux accueillants, au moins pour les premiers entretiens) pour éviter le recul de l'utilisateur, mais aussi une recherche systématique de *convivialité* : chaleur, sourire, petit café (ou autre) offert systématiquement en début d'entretien. Une partie importante d'utilisateurs n'emploient jamais (tout au moins au début) à propos de ce qu'ils font à AIDFAM le mot psychothérapie, trop stigmatisant ou trop étrange pour eux, mais seulement celui de "suivi". Ils disent "je fais un suivi".

Plus généralement, la directrice a pu repérer plusieurs types de façon dont les utilisateurs d'AIDFAM utilisent son offre de service d'écoute et de psychothérapie :

- Plusieurs des utilisateurs d'AIDFAM ont eu des contacts antérieurs malheureux avec le champ de la

prise en charge du trouble psychique : psychiatres qui veulent donner des médicaments, psychiatres comportementalistes (et la thérapie a échoué ou bien ils sont déclarés "nuls"), psychologues scolaires, psychologues de CMP trop normatifs.



- Un deuxième type d'utilisateurs (25 % du petit échantillon) cumulent les suivis dans le champ de la prise en charge du trouble psychique : AIDFAM + homéopathie, AIDFAM + antidépresseurs (généraliste ou psychiatre), AIDFAM + psychothérapie comportementaliste. Nous voyons ici émerger le phénomène des utilisateurs multi consommateurs. Ces utilisateurs s'informent, cherchent ce qui leur convient, et le combinent de façon autonome.

- Quelques utilisateurs viennent à AIDFAM en attendant leur premier rendez-vous chez le psychiatre ou pour demander si une psychothérapie leur serait utile.

AIDFAM insiste sur le fait que les entretiens ne peuvent être la seule forme d'action, il faut aussi des activités collectives (groupe de parole adolescents, les groupes de parole parents, les groupes de gestion de stress et de relaxation, les conférences publiques mensuelles). Et surtout le groupe formation-action : composé d'utilisateurs d'AIDFAM (essentiellement des parents de toxicomanes), il produit des outils destinés à susciter des débats entre adultes, entre adultes et jeunes, ou dans les milieux professionnels (trois films de 20 minutes ont été réalisés, un petit livre). Enfin, dans l'objectif central d'accessibilité de l'aide, il faut des activités délocalisées. Il s'agit de permanences : mairies de quartier, écoles maternelles, maison de quartier dans les quartiers populaires, où se lit le côté le plus militant de AIDFAM.

Conclusion

Les caractéristiques communes des dispositifs interstitiels apparaissent être :

- la non-spécialisation des publics, leur non ségrégation sociale ou "psychique",
- l'indépendance de la structure, la liberté d'action,
- le fonctionnement de l'organisation (peu hiérarchique) et les caractéristiques de ses professionnels à formation polyvalente,
- la place des usagers, qui, nombreux aux assemblées générales ou groupes de réflexion, participent aux orientations des associations,
- être des dispositifs généralistes de prévention.

Ces dispositifs interstitiels ne se présentent finalement pas, malgré une première apparence, comme un nouvel épisode de l'articulation entre le sanitaire et le social tel qu'ils existent, mais plus comme le contournement de cette rencontre impossible. S'aménage une logique de parcours, d'étapes, qu'il appartient à chacun de parcourir afin d'accéder enfin à son autonomie. C'est l'individu lui-même qui devient le centre et le décideur de l'intervention de prise en charge.

Deux problèmes théoriques peuvent être soulevés à leur propos :

1/ Celui de la psychologisation des rapports sociaux sous-tendus par la multiplication de lieux d'écoute. Je renvoie à mon texte dans Bresson (Dir., 2005) où je soutiens l'idée que la psychologisation des problèmes sociaux peut être à la fois instrument

de domination et outil d'émancipation et de résistance.

2/ Celui de la désinstitutionnalisation des politiques publiques. Je renvoie à ma communication à l'Association française de sociologie, réseau "Institutions" (2006) où je soutiens que les processus de désinstitutionnalisation s'accompagnent de réinstitutionnalisation, par déplacement institutionnel (sur la famille et le pénal par exemple) et de nouvelles formes institutionnelles avec le développement de l'évaluation et de la logique gestionnaire.

Les dispositifs interstitiels cependant ne sont pas la voie actuellement privilégiée par les politiques publiques, qui leur préfèrent ouvertement une autre voie, présentée comme "la" solution institutionnelle aux cloisonnements : les dispositifs réseaux (formels). Ils sont actuellement fragilisés par le déclin des subventions, l'injonction à se regrouper ("big is beautiful") ou à se spécialiser pour mieux se prêter à l'obligation d'évaluation. Toutes ces injonctions du nouveau management public sont cependant contradictoires avec d'autres impératifs, explicites eux aussi : proximité, réponse ajustée à la demande, prévention, dans lesquels les dispositifs interstitiels se montraient particulièrement performants.

3/ Celui des contradictions des nouvelles politiques de santé mentale : les psychiatres ont tendance à ignorer les dispositifs interstitiels ou à les mépriser comme "psychiatrie light", pseudo psychiatrie, alors même que les secteurs psychiatriques ne savent pas comment assurer des politiques de prévention.



O r l'incursion dans la civilisation extrême-orientale relativise ce type d'approche de la réalité qui semble avoir traversé toute l'histoire de la pensée occidentale. Avec la philosophie chinoise nous changeons de « pli ». Nous quittons la recherche obsédante de la chose en soi, de la vérité, de la forme idéale dont il s'agit de dresser les contours et à partir de quoi se fonde l'action. François Jullien nous fait pénétrer dans un monde où ce n'est pas le sublime mais la fadeur qui est l'objet d'éloges. Car là-bas la chose n'existe pas en soi. Elle n'est pas « nue » mais au contraire indissociable de tout ce qui l'entoure. Elle n'est révélée que par ce qui la cache. Et encore, disparaîtrait-elle aussitôt dès lors que l'on prétendrait enlever son masque. C'est pourquoi d'ailleurs, les artistes chinois se sont fort peu attachés à figurer la nudité, intéressés qu'ils étaient par le mouvement, par le vague et l'évocation. Dans ce monde, ce n'est pas le rectiligne, le frontal et la visée qui font référence, mais bien plutôt le méandre, le détour, la corrélation et l'allusion.

Si ce lointain détour nous intéresse c'est que nous avons souvent, dans nos recherches, croisé le biais, le porte-à-faux, l'approximation, le double-jeu, le non-dit, le demi-mot mais sans trop bien savoir qu'en faire. Dans un monde dominé par le « sentiment de la ligne droite », la tendance naturelle est d'aborder cette façon de faire comme une imperfection, comme une incapacité des acteurs sociaux à toucher le but, à pleinement réaliser leurs projets parfois même comme une façon pour certains de poursuivre quelques sombres desseins.

Cette notion de « détour » nous semble utile pour mettre en perspectives certaines pratiques que nous avons eu l'occasion d'observer dans les relations qu'entretiennent les professionnels de santé et les malades traversant des situations de très grande fragilité. L'obligation d'informer le malade sur son état de santé et de rechercher son consentement en toutes circonstances semble être le modèle que l'on cherche aujourd'hui à valoriser. Or, nos observations montrent qu'il y a loin de la coupe aux lèvres. Toutefois, au lieu de déplorer une telle distance nous proposons d'en dégager la pertinence.

Autonomie, fragilité et soin : le «détour» par le lien

En nous proposant un passage par la Chine et en nous invitant à « penser d'un dehors », François Jullien nous conduit à mettre en perspective notre mode de penser l'accès. Nous autres Occidentaux, dit-il, « nous pouvons nous exprimer directement parce que nous allons droit aux choses, guidés que nous sommes par le « sentiment de la ligne droite » qui est aussi le plus court chemin de la vérité ». Aller « droit aux choses » exige un travail préalable : la débarrasser de toutes ses scories pour en atteindre l'essence⁽¹⁾.

Pierre Vidal-Naquet

Sociologue
CERPE, Lyon

Du modèle de la bienfaisance à celui de l'autonomie

S'il est un domaine où s'est imposée pendant longtemps l'idée qu'il s'agit « d'imposer son plan au monde », c'est bien celui de la médecine. Jusqu'à une période relativement récente en effet, les rapports entre les médecins et les malades étaient essentiellement structurés par le principe de bienfaisance fortement teinté de paternalisme. Défini par Hippocrate, il y a plus de 2000 ans, ce principe, inscrit dans un serment, engageait le médecin à faire le bien et à écarter le patient du mal et de l'injustice. Inégalement positionnés face à la maladie, le médecin et le malade n'étaient pas liés par les mêmes obligations vis-à-vis de la vérité. L'un pouvait être tenu dans l'ignorance quand l'autre était assigné, au contraire, à un impératif de connaissance pour pouvoir décider en toute sérénité la thérapeutique la mieux adaptée. Détourner le malade de la conscience du mal qui le touche faisait partie des règles rassemblées dans le *corpus hippocratum*. Il s'agissait de faire le bien du patient, au besoin à son corps défendant.

1. François Jullien évoque la célèbre métaphore de Descartes pour qui ce n'est qu'approchée du feu que la cire révèle enfin sa véritable nature. La cire n'est pas, en effet, ce que l'on croit. Contrairement aux apparences premières, elle n'est pas ce bloc froid qui résiste mais une matière liquéfiée qui se dissout. Dépouillée de toutes ses qualités secondaires que sont ses formes extérieures, la cire se donne alors à voir comme un corps « nu ». « Nu désigne alors ce dont on a retranché tout ce qui le pare ou le grève, ce qui n'est plus recouvert ou mêlé, qui par là atteint son ultime réalité et ne peut plus changer : ce qui atteint sa fixité d'essence, donc a valeur ontologique ». Jullien (F.) De l'essence ou du nu, Paris, Le Seuil, 2000.

L'avènement de la médecine moderne ne bouleverse pas fondamentalement les rapports entre médecins et malades. Ce n'est en fait qu'au XX^e siècle, lorsque les actes médicaux deviennent porteurs de risques importants, notamment en raison de la banalisation de la chirurgie, que commence à s'ébaucher un autre modèle selon lequel les patients, malgré leur faiblesse, sont considérés comme des sujets autonomes susceptibles d'exercer leur choix et de décider de leur avenir grâce aux informations qui leur sont données. Tout récemment, la Loi du 4 mars 2002, précise que le malade « a droit au respect de sa dignité ». Le consentement devient le préalable à tout acte thérapeutique. La capacité de décision du malade est envisagée ici sous un angle assez large puisque le médecin est tenu de « respecter la volonté de la personne » même si cette dernière décide de refuser ou d'interrompre le traitement et mettre ainsi sa vie en jeu. Certes, dans ce cas, « le médecin doit tout mettre en œuvre pour convaincre (le patient) d'accepter les soins indispensables ». Mais, en principe, sans l'accord du malade, ces soins ne peuvent être imposés.

Mais si la loi s'attache à affirmer le droit à l'information du malade et élargir ses capacités de décision, elle n'inverse pas purement et simplement l'ancien modèle, en transférant au patient l'ensemble du pouvoir de décision. La loi du 4 mars 2002 dessine un modèle relationnel qui laisse une large place à la discussion et à la négociation. Titulaires d'un droit à l'information, les patients sont appelés à donner leur consentement quand une décision se profile. De leur côté, les professionnels de santé ont l'obligation de délivrer l'information qu'ils détiennent, mais ils gardent un pouvoir de conviction qui peut s'élargir considérablement dès lors qu'une décision du patient met en péril la vie de celui-ci. Là en effet, le médecin doit tout faire pour persuader le malade de se soigner et l'influencer.

Le paradoxe de la fragilité

Au bout du compte, la valorisation du consentement dans la relation de soins ne se traduit pas par la substitution d'un modèle à un autre. Le modèle de l'autonomie ne vient pas remplacer celui de la bienfaisance. En effet, si les professionnels de santé

sont appelés « à tout faire » pour persuader le malade de se soigner, c'est que ceux-ci ont une idée précise du bien. L'interruption du traitement est dans ce cadre un mal en contrepoint duquel il y a le soin qui est vu comme un bien et qui, à ce titre, doit être privilégié.

Cette coexistence de ces deux grands principes, la bienfaisance d'un côté et l'autonomie de la volonté de l'autre n'est pas vraiment problématique tant que les partenaires de la relation de soins peuvent échanger leurs points de vue, débattre, faire valoir leurs sentiments. Une telle situation est en effet relativement équilibrée et s'apparente à une sorte de négociation dans laquelle les acteurs peuvent se convaincre mutuellement.

En revanche, une telle configuration devient plus délicate lorsque la relation est déséquilibrée (ce qui est en général inhérent à la relation d'aide) et surtout lorsque le malade entend – d'une manière ou d'une autre – faire des choix, mais en même temps connaît une fragilité susceptible de compromettre une telle aspiration. Tel est le cas de l'exemple que nous allons prendre et qui est celui des personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer⁽²⁾.

En effet, cette maladie génère des troubles de l'intentionnalité. Pour autant, les malades touchés par cette pathologie ne sont pas dépourvus de volonté, bien au contraire. Sauf accident, les malades d'Alzheimer ne sont pas dans le coma... Ils expriment tous des intentions. Certes, ils ne le font pas toujours sur un mode rationnel ni dans la forme habituelle des échanges. Mais ils ne sont pas « passifs », ni par rapport à la maladie, ni par rapport à leur situation sociale ou familiale. Ils résistent, même quand cette défense les conduit à se démobiliser, à se replier sur eux-mêmes et à la dépression. Qu'ils admettent ou qu'ils nient leur condition de malade, qu'ils acceptent ou bien qu'ils contestent leur marginalisation sociale ou leur changement de statut dans la famille, ils manifestent leur volonté. Leur défaillance mnésique et cognitive ne les invalide pas comme sujet, sauf à considérer qu'il n'y a de sujet que rationnel et raisonnable.

Cela dit, si les malades d'Alzheimer restent des sujets autonomes malgré l'évolution de leur pathologie, ils sont aussi des êtres fragiles. Et,

2. Nous nous appuyons ici sur une recherche récente : Dourlens (C.), Vidal-Naquet (P.) *La relation de soins à l'épreuve de la maladie d'Alzheimer*. Cerpe, Fondation Médéric Alzheimer, 2006. Rapport de recherche consultable à la Fondation Nationale de Gérontologie.

comme l'explique Paul Ricœur, « est autonome un sujet capable de conduire sa vie en accord avec l'idée de cohérence narrative ».

On voit immédiatement ici comment les patients atteints de la maladie d'Alzheimer rencontrent une première limitation dans leur autonomie. Car l'affaiblissement progressif de la mémoire affecte précisément leur identité narrative. Au fil du temps, le malade perd – mais jamais totalement toutefois – cette capacité à établir la continuité narrative de son identité.

Cette première fragilité en entraîne une autre. En effet, l'effritement de l'identité narrative altère, ce que Ricœur appelle la « revendication de singularité » en d'autres termes le pouvoir de dire « je » face à autrui.

Ainsi, les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, affaiblies par la maladie, atteintes dans leur capacité à dire « je » et à s'imposer face à autrui, sont amputées d'une part de leur autonomie. Plus que d'autres, peut-être, ils vivent intensément cette tension entre l'aspiration à l'autonomie qu'ils expriment de diverses manières et leur fragilité qui les empêchent d'atteindre cette autonomie.

Cette tension rend évidemment problématique la relation de soin et le positionnement du soignant par rapport au soigné. Car, soit l'aidant considère le malade comme un sujet autonome, au risque de le fragiliser par les informations qu'il diffuse, soit il le prend en charge au motif de sa vulnérabilité, en se référant au « principe de bienfaisance ». Mais il compromet, alors, l'accès à l'autonomie du sujet.

Ces deux options aboutissent au même résultat. Elles finissent par dépouiller l'individu de sa capacité de sujet. En décidant à sa place dans un cas, en aggravant sa vulnérabilité et donc son pouvoir de décision dans l'autre cas.

Les pistes du malentendu

Ces deux options renvoient à des pratiques réelles. Certains professionnels de santé, surtout aux Etats-Unis, n'hésitent pas en effet à dégager leur responsabilité et à éviter d'éventuels recours en affichant tous les risques possibles, même ceux qui sont les plus rares. Ce mode de diffusion de l'information concerne surtout les thérapeutiques intrusi-

ves et par conséquent porteuses de risques. D'autres professionnels jugent au contraire inutile d'informer le malade au motif que celui-ci ne peut comprendre ou bien risque d'être trop fragilisé par l'annonce qui lui est faite. Ce silence sur la maladie et sur la thérapeutique qui l'accompagne est assez fréquent dans le cas de la maladie d'Alzheimer.

Toutefois, ce renoncement à l'autonomie sous le prétexte de la fragilité ne fait pas aujourd'hui l'objet d'une forte légitimation. C'est souvent par défaut que de telles options sont prises. D'ailleurs, les observations que nous avons pu faire³⁾ montrent l'existence d'autres manières de faire dont la caractéristique est que l'autonomie du sujet d'un côté et son bien-être de l'autre y sont abordés non point de façon frontale, mais sur un mode très pragmatique au travers de nombreux détours. Comme si les deux pôles n'étaient pas exclusifs l'un de l'autre mais au contraire devait être tenus ensemble malgré tout ce qui les oppose.

Car dans le cabinet du médecin, il n'est pas toujours question de vérité, de clarification, d'annonce de diagnostic, de révélation, d'échanges solidement argumentés. Pour autant, il n'est pas non plus question de mensonge, de secret ou de tromperie. Mais le plus souvent d'un « entre-deux » qui se situe entre la transparence et l'opacité, entre l'accord et le désaccord, entre le dit et le non-dit. Peut-être en partie parce que la maladie d'Alzheimer nécessite moins de thérapies lourdes, que de prise en charge psychologique, sociale et familiale, les scènes d'interaction sont plutôt marquées par un langage allusif, par la corrélation ou l'allusion.

Comme le fait remarquer un neurologue, « il ne faut jamais mentir au malade, mais sans doute, aussi ne pas lui en dire plus qu'il ne le souhaite » (Gil R.). Un espace est ainsi ouvert entre le mensonge qui travestit la vérité et le « mensonge par omission » selon lequel « tout » n'est pas dit pour prendre en compte les attentes et les souhaits (implicites bien souvent) du patient. Un véritable travail d'euphémisation est ici à l'œuvre.

Certes, dans un contexte social qui valorise la transparence et l'authenticité, la notion d'euphémisation n'a pas bonne presse. L'euphémisation peut paraître comme un mode d'édulcoration de la

3. Cf. notre étude sur la maladie d'Alzheimer au cours de laquelle nous avons eu l'occasion de suivre une soixantaine de consultations en gériatrie, en neurologie et en psychiatrie.

réalité, qui fausse le processus de décision et qui n'est pas très éloignée de la tromperie.

Mais on sait aussi que, dans la vie ordinaire, les relations entre les personnes ne sont jamais totalement transparentes. Maintenir la relation avec autrui est dans cette configuration indissociable d'une part de mensonge. Pour Boris Cyrulnik, « mentir, c'est respecter l'autre », c'est même une « preuve de talent relationnel ». Seuls « les pervers, les psychotiques ne mentent pas, parce qu'ils se moquent des autres ».

Cet éloge du mensonge dans les relations a de quoi choquer, s'il réfère à « une vérité » dont on pense qu'elle peut être soit dévoilée (« dire la vérité »), ou soit dissimulée (« dire un mensonge »). C'est dans cette dernière perspective que l'on aborde souvent « la vérité sur la maladie », appréhendée d'un point de vue biomédical uniquement, c'est-à-dire comme une « entité » décrite par les chercheurs. Or, la maladie est une « entité virtuelle » qui n'a pas d'existence hors du corps malade. Elle lui est irrémédiablement « attachée » selon l'expression proposée par Bruno Latour. Dès lors, elle devient une réalité qui s'éloigne de la description théorique. Elle est une réalité pluridimensionnelle, c'est-à-dire bio-psycho-sociale. La vérité devient, par conséquent, nécessairement plurielle. Sa « révélation » n'est pas de l'ordre du simple dévoilement. Elle est un « compromis » entre plusieurs vérités, celle du (ou des) médecin(s), celle du malade, celle de son entourage... C'est d'ailleurs la raison pour laquelle « la vérité » dite sans ménagement est une vérité « assénée », une vérité qui fait (inutilement) mal.

Le compromis discursif, au contraire, a la prétention d'intégrer plusieurs vérités. Le compromis est alors le fruit d'un « travail d'euphémisation » qui relève d'une « mise en forme » de la réalité. Pierre Bourdieu, pour qui « parler c'est mettre des formes », le « travail d'euphémisation » est un compromis. Il conduit en effet, « à produire quelque chose qui est une formation de compromis, une combinaison de ce qui était à dire, qui prétendait à être dit, et de ce qui pouvait être dit étant donné la structure constitutive d'un certain champ ».

Le résultat de ce « travail d'euphémisation »⁽⁴⁾ ne comporte aucune garantie normative. La nature du

consentement recueilli suite à une telle opération d'euphémisation n'est pas vraiment repérable. Parce qu'il comporte toujours une part d'opacité, le discours euphémique n'éclaire que partiellement le consentement. Dans ces conditions, le consentement peut aussi bien être éclairé qu'« abusé ». Le consentement est abusé lorsque celui qui consent ne tient pas en main les tenants et les aboutissants de sa décision. Certes, des informations lui sont transmises, en principe pour l'éclairer. Mais d'autres informations sont retenues pour obtenir de celui-ci un comportement ou une décision attendue. Tout « l'art » du médecin consiste à trouver la « juste mesure » entre « vérité assénée » et dissimulation, à rechercher un positionnement « raisonnable » entre l'engagement abusif (décider à la place du malade) et la défection (laisser le malade seul face à sa décision).

C'est dans cet écart entre l'engagement abusif et la défection que se glisse très probablement l'influence. On ne peut en effet parler d'influence lorsque le praticien prend la place du malade en le laissant dans l'ignorance. On ne peut s'y référer non plus lorsque le malade est abandonné à lui-même avec des informations qui lui ont été présentées sans discernement. Par contre, l'entre-deux laisse apparaître la possibilité de l'influence et un mode de relation laissant une large place à l'euphémisation dont l'objectif est double : permettre au malade de s'approprier la décision (vue ou entrevue initialement par le professionnel de santé) ; maintenir voire favoriser la relation de confiance dans un contexte où la trajectoire du malade est appelée à se dégrader. Mais cet entre-deux permet aussi au malade d'influencer le médecin. Les rapports d'influence sont alors réciproques. Ils dessinent une scène de négociation sur laquelle aucun des protagonistes ne révèle tout ce qu'il sait, ni toutes ses intentions. Bref, une scène où l'influence réciproque est indissociable d'un certain « travail d'euphémisation » accompli par tous les acteurs en présence. L'euphémisation oblige en effet en retour un travail inlassable de décryptage, de traduction et d'interprétation.

Le malentendu n'est pas à écarter toutefois. Notamment quand ce travail de décryptage n'est pas mené jusqu'à son terme, ce qui est généralement le cas, sans quoi l'euphémisation n'aurait pas

4. Bien entendu l'euphémisation ne vient pas uniquement du fait que l'interlocuteur n'est pas en état de recevoir l'information. L'euphémisation relève aussi de la prudence quand un doute existe à propos d'une réalité. Dans ce cas-là, l'euphémisation s'apparente à de la précaution. Ainsi dans le cas de la maladie d'Alzheimer « il nous est très difficile de procéder à des jugements sur l'état de la personne et sur sa prise en charge. Un exemple, un patient saura bien, face à sa famille ce qu'il veut faire de ses biens, comment il souhaite les partager etc. En même temps, il sera totalement incapable de faire ses comptes... Les comportements sont très morcelés (...) En fait souvent, on ne sait pas très bien ce qu'il faut dire ou ne pas dire » (Psychiatre)

d'utilité. A première vue, le malentendu semble mettre en échec la recherche du consentement éclairé et compromettre de façon radicale l'autonomie de la décision. Toutefois, à y regarder de plus près, certains malentendus sont probablement plus constructifs. Parmi les différentes sortes de malentendus qu'il passe en revue, Jankélévitch en retient un qui ne conduit pas forcément les protagonistes à leur perte. Du moins, selon lui, pas immédiatement. Dans le « malentendu doublement bien entendu », l'équivoque est également distribuée et permet aux acteurs de s'entendre. Chacun sait que l'autre se méprend, mais aucun ne cherche - et n'a intérêt - à lever l'ambiguïté. La relation s'installe dans un non-dit particulier, puisqu'il s'agit là d'un non-dit qui permet de dire et qui crée ainsi des rapports de connivence. La connivence⁵, en effet, est une entente qui peut s'établir entre deux ou plusieurs personnes, sans que celles-ci ne soient obligées d'aller jusqu'au fond des choses, de s'accorder sur un jugement. Elle établit entre les protagonistes une relation relativement équilibrée, à base fortement émotionnelle. Ainsi ce genre de malentendu dessine « une partie sans gagnants ni perdants (car chacun y trouve son avantage), une partie dont les partenaires, tout en lisant dans le jeu l'un de l'autre, ne cherchent pas à jouer au plus fin, mais se comprennent à demi-mot et bornent toute leur ambition à perpétuer, par une entente inavouée, certains profits illégitimes ou indéfendables ».

Conclusion

Finalement on peut lire de deux façons différentes ce travail d'euphémisation à l'œuvre dans la relation de soins. Une première lecture peut nous conduire à voir dans le malentendu et la fiction une certaine impuissance à accompagner le malade comme sujet autonome en raison de la fragilité et des déficiences cognitives de celui-ci. Au bout du compte, c'est de façon relativement douce, mais considérablement

opaque, que le professionnel de santé prendrait les décisions. Le consentement de la personne ne serait alors que très relatif, presque un leurre.

Cette première lecture vient très vite à l'esprit dès lors que l'on considère l'autonomie comme un état idéal à atteindre, défini, selon la conception Kantienne, comme la faculté de se donner à soi-même ses propres lois, ou bien, selon l'approche libérale, comme l'expression de l'indépendance et de la liberté. Car, il est clair que dans ce cas la déraison entame largement cette possibilité d'accès à l'autonomie.

Mais une autre lecture est possible à partir du moment où l'on aborde l'autonomie non point comme un état qui serait l'opposé de la dépendance, mais au contraire comme une tension dans laquelle autonomie et dépendance se nourrissent mutuellement et sont en constante transformation. Car, selon François Jullien, « soit on construit une forme modèle qu'on projette sur la situation, ce qui implique de momentanément la figer ; soit on s'appuie sur la situation comme une disposition dont on sait qu'elle ne cesse d'évoluer ». Ce point d'appui devient un « dispositif » non point au sens d'un « ensemble de moyens disposés conformément à un plan » mais plutôt « comme ce que nous en découvrons à l'envers : une certaine configuration qui s'offre à la manipulation et par elle-même est productrice d'effet ». Dans ces conditions l'euphémisation devient l'élément d'un dispositif rendant favorable la potentialisation des situations. Car, que font finalement les professionnels de santé face à des malades vulnérables, sinon de se polariser d'abord et avant tout sur le lien et sa maintenance seuls susceptibles de favoriser (sans le garantir) le processus d'autonomisation du sujet. D'une certaine manière, ceux-ci optent pour le « détour » par la construction et sa consolidation dans la relation de soin, car ils savent bien que sans lui l'autonomie reste (définitivement) hors d'atteinte.

5. *Connivence vient du latin conivere, serrer les paupières, fermer les yeux.*

••• Pratiques d'autonomie dans les dispositifs de tutelle

Benoît Eyraud

Sociologue
CERPE, Lyon,
Doctorant
CEMS-EHESS, Paris

L'usage de la notion d'autonomie pose aujourd'hui problème dans la pratique professionnelle de la relation d'aide. Utilisée simultanément comme injonction, comme objectif, comme outil, comme valeur, comme principe éthique, elle renvoie nécessairement les aidants professionnels à leur position ambivalente, illustrée précisément par l'article 2 de la loi du 2 janvier 2002 qui définit les grands principes constitutifs de l'action sociale et médico-sociale : celle-ci « tend à promouvoir l'autonomie et la protection des personnes ». La pratique professionnelle des délégués à la tutelle offre un point d'observation privilégié de cette complexité.

La protection juridique implique une limitation de l'exercice de la capacité civile de majeurs : elle limite leur autonomie quotidienne, en leur imposant de ne plus exercer certains de leurs droits, au nom de leurs propres intérêts. Cette protection constitue donc simultanément une limitation et une définition de ce que doit être une capacité d'agir par soi-même.

Les délégués à la tutelle doivent mettre en œuvre cette ambivalence : d'une part, ils exercent certains droits des majeurs, réduisant ainsi leur autonomie ; d'autre part, ils cherchent à donner sens à cette pratique en se souciant de préserver et restaurer l'autonomie des personnes qu'ils accompagnent, dans le fil des méthodes et des objectifs du travail social. L'objectif ici est de rendre compte de la résolution quotidienne de cette ambivalence, afin de comprendre en quel sens les délégués revendiquent une adaptation de leur pratique « au degré d'autonomie » de la personne, et d'extraire

différents usages et implications du concept d'autonomie. Trois conceptions de l'autonomie⁽¹⁾ vont être présentées à travers la pratique de délégués à la tutelle⁽²⁾.

Une conception restreinte de l'autonomie : « faire à la place » et « laisser faire »

Une conception reposant sur la séparation nette entre un « faire à la place » et un « laisser-faire »

L'autonomie restreinte prend acte du statut de la personne protégée : celle-ci est limitée dans l'exercice de ses droits en raison d'une incapacité reconnue par le juge. Une protection⁽³⁾ est prise en charge par un professionnel qui est obligé de « faire à la place »⁽⁴⁾ des individus dans l'exercice de certains droits. En-dehors de cette limite, le professionnel n'a pas à intervenir dans la vie de la personne protégée. Celle-ci a donc une « autonomie restreinte » aux domaines de vie non pris en charge par le législateur. A la conception restreinte de l'autonomie pour les majeurs protégés, correspond une conception restreinte du rôle du délégué à la tutelle. Cette conception repose sur une séparation nette difficile à établir entre le « domaine tutélaire » et le domaine « d'autonomie restreinte », pour trois raisons : le caractère très général du « domaine tutélaire » fixé par la loi, l'absence de professionnalisation formalisée des pratiques, et enfin, une tentation récurrente de faire de l'accompagnement social.

Une séparation difficile en raison de l'implication sociale des délégués

La plupart des délégués pensent aujourd'hui que la stricte gestion budgétaire n'est pas suffisante pour protéger les majeurs. Ils s'impliquent dans une relation d'accompagnement dont les contours ne sont pas nets. Deux principes d'action, souvent mêlés, semblent alors les guider : l'évaluation du bien-être et celle du degré d'injustice sociale vécue par les majeurs protégés.

Un délégué utilise l'autorité de son statut pour ne pas rembourser des créanciers de droit de majeurs qu'il protège, à condition que les créances soient institutionnelles. En revanche, quand un majeur a « volé légalement » son propre père (par l'utilisation abusive d'une autorisation de retrait), ce délégué établit des remboursements, sans être pour

1. Elles s'inscrivent dans la continuité des premiers résultats d'un travail sur l'autonomie. Elles ont été depuis nourries par la thèse de L. Velpry qui montre que le « travail d'autonomie suppose, pour les professionnels, l'interprétation des comportements, et, pour l'ensemble des acteurs, une négociation sur une position de patient, et sur l'attribution d'une capacité d'autonomie ».

autant obligé légalement : « Oui, j'ai un rôle d'avocat, de conseiller juridique, je défends les personnes contre les institutions. Je ne m'en suis jamais caché ; je fais gagner de l'argent aux majeurs (...) je leur permets de rester... un peu hors la loi... oui, et ça me pose problème... ».

Cette situation illustre la motivation de justice sociale : le délégué extrait les majeurs de certaines de leurs obligations, au nom de ses propres principes de justice sociale ; il étend son domaine d'intervention, et préserve leur autonomie dans leur manière de vivre « hors-la-loi », « immorale ».

Le délégué délimite et rend possible le domaine d'autonomie restreinte de la personne qu'il protège en définissant d'abord son propre domaine d'intervention tutélaire, au risque de transformer l'accompagnement en relation de toute-puissance.

Une nécessaire retenue des professionnels : entre résignation et acceptation

Pour éviter cette toute-puissance, les professionnels observés s'imposent deux garde-fous : le doute et l'acceptation de la frustration.

Ils maintiennent un doute sur les principes qui gouvernent leur action. Souvent, ils souhaiteraient aider les personnes protégées à se transformer et à accéder à une forme « émancipatrice d'autonomie », ou du moins, permettre la levée de la mesure. Mais beaucoup de majeurs ne partagent pas ce désir, certains ne le conçoivent même pas. L'absence de dynamique maîtrisée par les professionnels est alors difficile à accepter. Mais cette acceptation permet paradoxalement aux majeurs d'investir un domaine restreint d'autonomie.

Cette conception est mise dans des situations où la justification de la mesure de protection n'est pas remise en cause par le délégué. Les délégués conjuguent un « faire à la place » des majeurs qu'ils protègent, et un « laisser-faire », préservant leur intimité

Cette conception s'inscrit dans l'esprit de la loi du 3 janvier 1968 : elle privilégie le rôle juridique du délégué à la tutelle (tenir les comptes, vérifier la conformité d'actes...) plutôt que son rôle social. Elle ne soumet pas les majeurs protégés à une injonction normative ; la protection constitue un support minimal inconditionné, un « degré zéro » qui offre la

possibilité aux majeurs de l'investir comme ils le souhaitent.

Elle va à l'encontre d'une conception plus dynamique de l'autonomie, dans la filiation de l'ambition éducative présente dans les principes de nombreuses interventions sociales.

Une conception émancipatrice : du « faire avec » au « faire faire »

L'objectif est alors de passer « du faire avec » au « faire faire ». C'est principalement à cette conception que les professionnels se réfèrent quand ils utilisent le terme « autonomie » : « C'est le but, accompagner la personne pour qu'elle arrive un jour à être autonome... ».

La levée de la mesure est l'objectif du professionnel. C'est l'horizon qui fonde le sens d'un travail d'accompagnement. Ce travail consiste à « évaluer le degré d'autonomie » de la personne, puis à l'aider à élaborer un projet auquel elle devra adhérer.

De l'évaluation du « degré d'autonomie » à « l'autonomisation »

La démarche du délégué dépend de son évaluation initiale. La difficulté est qu'il n'y a pas d'échelle officielle de l'autonomie civile. Chaque délégué établit son propre mode d'évaluation, parfois très intuitif, parfois très formalisé⁽⁵⁾.

Plus que le projet, ce sont les progrès réalisés entre un moment initial et le suivant qui sont les indicateurs d'un processus d'autonomisation :

« Pour certains dossiers, le simple fait qu'ils aillent dans une administration, c'est déjà énorme. Quand je leur demande quelque chose, et qu'ils reviennent la semaine d'après et qu'ils ont fait la démarche, c'est déjà énorme... »

Mais le critère d'évaluation du progrès informe sur la conception de l'autonomie mise en œuvre. Deux capacités sont évaluées dans l'exemple précédent : une capacité fonctionnelle (aller dans une administration) et une capacité intentionnelle (faire ce qui avait été décidé la semaine précédente). Or le passage de l'action fonctionnelle à l'action intentionnelle est la véritable autonomisation recherchée par le délégué.

2. Les délégués à la tutelle ont été recontrôlés dans le cadre d'un travail de thèse visant à réaliser le suivi longitudinal de majeurs protégés dont la protection est déléguée à une association d'une grande ville de province.

3. Plusieurs mesures de protection sont prévues en fonction du degré d'incapacité identifiée : la tutelle, la curatelle, et la curatelle aménagée.

4. Je ne tiens pas compte ici des variations fortes liées aux différentes mesures : tutelle, curatelle... Le « faire à la place de » ne renvoie pas au caractère « représentatif » de la mesure de tutelle, mais à des actes quotidiens faits par le délégué pour la personne protégée, quelle que soit la mesure de protection de celle-ci.

5. Un des délégués interrogés s'est par exemple constitué une grille d'évaluation qui lui permet de coder le comportement des majeurs qu'il accompagne et d'établir un score correspondant au « degré d'autonomie » évalué. Dans sa pratique quotidienne, il utilise difficilement cette grille.

De la transformation de soi à la normalisation

Le rôle du projet s'éclaire alors : il est l'outil permettant ce passage vers l'intentionnel, d'un « faire avec » à un « faire faire ». Il est l'indicateur de l'implication du majeur dans sa transformation :

« Pour beaucoup quand je leur demande quelque chose, ils me disent, « mais pourquoi vous le faites pas vous... » ? Alors, je leur dis : « si vous pouvez le faire, c'est votre mission ». »

Mais la transformation est orientée :

« Q : Comment évaluez-vous l'autonomie ?

R : Selon le degré d'implication de la personne :

Certains ne me demanderont jamais leur relevé bancaire, ils ne veulent pas voir leurs papiers, et se déchargent complètement.

D'autres s'intéressent à leur échéancier, mais pour certains, c'est procédurier : ils demandent les comptes par suspicion, ils demandent des factures, mais ce n'est pas vraiment pour évaluer leur dépense (...).

D'autres encore disent : « je regarde la facture EDF pour moins consommer », ils font attention à leur chauffage... »

Pour le délégué, la demande procédurière, « suspicieuse » est moins autonome que celle qui permet une bonne gestion budgétaire, conforme à la « mesure de protection ». Il ne s'agit donc pas seulement d'agir intentionnellement, mais aussi conformément à une norme incarnée par le professionnel :

« Pour beaucoup, ce n'est pas une question d'argent, c'est plutôt de les cadrer, (...) ou plutôt, les faire prendre conscience de certaines choses (...) qu'ils comprennent par exemple parfois que ce n'est pas normal ce qu'ils subissent. »

Cette conception de l'autonomie est alors paradoxalement très normative : le délégué évalue l'implication du majeur dans son propre projet.

Les limites d'une conception émancipatrice

« L'autonomie émancipatrice » repose sur une conception élargie du rôle du délégué : celui-ci aide le majeur à se transformer. Elle s'inspire fortement des principes éducatifs de l'action sociale. Elle inscrit la protection dans un cadre dynamique qui donne sens à la pratique des délégués à la tutelle, mais aussi à la mesure de protection. Elle inspire les

projets de réforme de la protection des majeurs qui font de la levée de la mesure de protection l'objectif de cette mesure, et souhaite donner plus de place à l'accompagnement à la personne. Mais elle est paradoxalement très normative : l'autonomisation se dilue en pratique dans une injonction normée orientée par « l'institution » juridique et professionnelle.

L'usage de cette conception est en outre limité en pratique : elle ne s'applique pas pour des personnes qui sont considérées par les délégués comme incapables de s'inscrire dans un projet.

Sur le ton de l'humour noir, le délégué se contente à quelques reprises de noter que le projet prévu est « l'établissement d'un contrat-obèques » ; plus souvent, il remarque l'impossibilité de suivre un quelconque projet avec des personnes qui sont « dans la science-fiction » ; il remarque finalement que le projet devrait consister à « foutre la paix » à la personne...

Cette scène montre les limites de la conception émancipatrice ; quand l'implication dans un projet est absurde, c'est une conception « restreinte » qui est finalement mobilisée.

Une autonomie par l'interpellation : « l'obligation de faire »

Dans de nombreuses situations, il semble que les professionnels ne soient ni dans une posture résignée ni dans une posture instrumentalisante, mais dans un contexte d'incertitude. Une troisième conception de l'autonomie est alors mise en œuvre, qualifiée ici d'autonomie par l'interpellation.

Une attente interpellée

Cette conception apparaît donc dans les situations d'incertitude. Les moments de crise, comme une demande d'hospitalisation sous contrainte, en sont donc des révélateurs :

Un délégué à la tutelle présente la situation d'une majeure qu'il devait protéger mais qu'il ne parvenait pas à voir :

« Je ne l'avais jamais rencontrée en 18 mois ; cinq ou six fois, j'étais venue la voir, j'avais laissé des mots sous la porte ; je l'interpellais, elle me disait : « je ne suis pas intéressée, je n'ai besoin de personne », j'ai écrit au juge pour lui dire la situation

(...). Un jour, je me suis aperçue qu'elle s'était arrêtée de retirer son argent hebdomadaire. J'ai sollicité le médecin, et décidé d'une HDT. Quand on a fait l'ouverture de porte avec les pompiers, le médecin m'a dit on va la retrouver morte (...). En fait, cette dame avait préparé ses valises pour aller à l'hôpital ! (...)

Q : vous êtes-vous présentée à elle en tant que sa curatrice ?

R : non, mais elle m'a reconnu, elle m'a dit bonjour, et elle a dit merci à toutes les personnes qui étaient là... ».

En prenant une décision qui nie apparemment l'autonomie de la majeure qu'il protège, le délégué aurait pu rendre très difficile la suite de son travail auprès d'elle. Il formule une attente à la majeure (qu'elle puisse être protégée), et l'oblige ainsi à réagir. La reconnaissance formulée au moment de l'ouverture de la porte exprime l'adéquation entre l'attente jusqu'alors non visible, et la décision du délégué, qui, en exprimant une norme parvient à faire reconnaître la valeur la protection de soi-même. L'autonomie d'interpellation se révèle ainsi par la mise en équivalence entre les deux termes « auto » et « nomos » qui la composent : « prononcer le terme d'autonomie, c'est poser la détermination mutuelle de la norme et du sujet obligé » (Ricœur P.).

L'incertitude et l'obligation morale

L'indétermination des situations, et consécutivement la disponibilité du délégué, est une condition de l'interpellation :

« Je veux lui donner les moyens de pouvoir sortir, mais après, c'est elle qui décide... Ne pas sortir, est-ce une souffrance pour elle ? Je n'en sais rien, mais ça n'a pas l'air... »

« Je me rends toujours disponible et j'essaie de leur faire entendre des choses ; certains, on peut leur dire noir sur blanc l'état de leur compte, mais ils ne veulent pas l'admettre... »

La disponibilité du délégué consiste à accepter que la réalité n'est pas toujours conforme à ce qu'il en perçoit rationnellement.

L'effort pour maintenir ouverte une variété d'issues à une situation s'accompagne d'actes posés par le professionnel, qui incarnent « une obligation

symbolique ». L'obligation portée varie : ne pas mettre en danger la vie de la personne protégée ; mettre en œuvre les règles de la protection juridique ; lutter contre une injustice vécue... Cette obligation n'est pas mise en œuvre par l'usage d'une boîte à outils, mais par la prise en charge subjective d'une incertitude par le professionnel, c'est-à-dire la prise d'un risque. Le risque peut concerner l'évolution de la relation entre le professionnel et la personne accompagnée :

« Il y a beaucoup d'AS qui refuse de faire des HDT car elles pensent qu'elles vont avoir du mal à reconstruire la relation avec la personne ».

Le risque concerne surtout l'évolution de la vie de la personne accompagnée. Une hospitalisation sous contrainte peut constituer une blessure symbolique irréversible. Inversement, laisser la personne vulnérable entièrement libre peut également la conduire à une mise en danger d'elle-même.

Deux conditions permettent donc à l'accompagnant de participer à la production d'un acte autonome : sa capacité à ne pas prédéterminer l'issue d'une situation ; son souci moral incarnant une obligation symbolique.

L'autonomie par interpellation et la demande portée par des tiers

Cette autonomie d'interpellation permet de décrire sociologiquement ce que Jean Furton nomme « la demande portée par des tiers » :

« Vignette clinique : avec une infirmière, nous allons chez un homme qui n'est pas sorti de son logement social depuis 9 ans (...). A la fin, je lui demande : « est-ce que vous souhaitez que je revienne ? » Il me répond : « non, je ne le souhaite pas. Mais vous, est-ce que vous souhaitez revenir ? ». Je lui dis : « oui, je le souhaite ». J'ai pris sur moi sa demande. Il me dit alors : « Vous êtes le bienvenu. » (...) On voit combien il est important de ne pas penser en termes d'autonomie obligatoire : « Monsieur, vous avez 50 ans, vous devriez savoir si vous voulez qu'un médecin vienne vous voir ou pas. » C'était un assassinat d'âme si je lui avais parlé ainsi. (...) Il fallait que ce soit le thérapeute qui prenne en charge sa demande, à condition d'en faire bon usage ».

Dans son analyse, l'auteur explicite une autre issue possible à cette situation. Si le psychiatre avait mobilisé une conception « idéalisée » de l'autonomie, il y a de fortes chances que la relation avec son patient aurait été rompue, voire que la situation de celui-ci se serait dégradée. Si cette situation avait été prédéterminée par un professionnel, il aurait certainement prévu l'impasse de la relation. Or, le déroulement de la situation a été autre, elle n'a pas été prédéterminée par le cadre ; la norme ordinairement établie a été déplacée par le patient qui a interpellé le psychiatre quant à sa propre demande ; à son tour, le psychiatre a déplacé la situation en adressant personnellement, et non seulement professionnellement, une demande au patient.

Cette indétermination a permis l'établissement d'une nouvelle norme dans la relation thérapeutique, celle « d'un patient accueillant son psychiatre ». Quel est l'intérêt de décrire une telle situation à l'aide du concept d'autonomie ? Trois raisons motivent ce déplacement :

D'une part, cela permet de reconnaître une puissance d'agir qui n'est pas directement reconnue si cette situation est décrite uniquement comme une « demande portée par un tiers » : la décision du patient d'accueillir le psychiatre est autonome.

D'autre part, cela permet d'affiner une manière d'utiliser la notion d'autonomie, qui pourrait se dire ainsi : être autonome, c'est transformer une norme en l'utilisant.

Enfin, l'autonomie par l'interpellation montre que la reconnaissance de l'autonomie d'une personne protégée passe par l'autonomie des professionnels.

Cette autonomie explique le poids moral de l'incertitude, porté par les professionnels quand ils font usage de leur propre autonomie pour faire reconnaître l'autonomie des personnes protégées.

Conclusion

L'objectif proposé dans cet article était de rendre compte des conceptions de l'autonomie mises en œuvre dans les résolutions quotidiennes mises en œuvre par les délégués à la tutelle soumis à des injonctions ambivalentes. Trois conceptions ont été décrites :

- une « conception restreinte », qui permet aux professionnels d'opérer une nette dissociation entre leur domaine d'intervention et les autres domaines de la vie des majeurs qu'ils protègent.
- une conception « émancipatrice » qui s'inscrit dans la tradition du travail social ; en s'appuyant sur l'adhésion de la personne à un projet, elle peut conduire à une intériorisation de la norme sociale proposée par le professionnel.
- une conception « d'interpellation », qui rend compte du dilemme moral posé aux professionnels. Elle éclaire les situations dans lesquelles une action est nécessaire alors que la demande de la personne concernée est non formulée.

Cette dernière conception, et notamment, les conditions institutionnelles favorisant l'indétermination situationnelle et l'obligation morale produisant de l'autonomie, demeurent à approfondir.



Pour notre part, sans nous situer sur un registre binaire du style obéir ou pas, nous proposons une réflexion sur l'écart souvent nécessaire entre une position instituée, réglementée, supposée orthodoxe, et l'intelligence de l'action qui *ose prendre en compte la singularité d'une situation et la finalité du geste*.

Ces pensées ne sont pas spéculatives, elles s'appuient sur des expériences d'audace ordinaire dont je vais donner maintenant un exemple ; son intérêt en est le caractère prosaïque et la simplicité de la compréhension.

L'exemple de l'ascenseur

Nous sommes dans la phase précédant immédiatement le déménagement provisoire d'un foyer thérapeutique destiné aux patients issus d'une hospitalisation en psychiatrie, et qui ne peuvent encore habiter dans de l'habitat de droit commun. Pour des raisons historiques, le foyer est localisé à l'intérieur d'un centre hospitalier spécialisé, au deuxième étage d'un bâtiment ancien ; les marches sont raides et nécessitent une bonne santé pour les monter et les descendre. Certains patients souffrent d'obésité et d'insuffisance respiratoire. Or, il existe un ascenseur d'époque, en bon état de marche, mobilisable à l'aide d'une clé normalement mise à disposition du seul personnel.

La question se pose néanmoins de savoir si les résidents du foyer pourront utiliser l'ascenseur seuls, sans être accompagnés, ce que le règlement interdit ; n'oublions pas que nous sommes dans un hôpital fait pour des malades, et non pour des patients-résidents allant suffisamment bien pour pouvoir bénéficier d'une autonomie correspondant aux capacités qui leur permettent ensuite de vivre ailleurs et par eux-mêmes ; cependant, on sait que les administratifs vont exceptionnellement contre un règlement, fut-il désuet et contre-productif, d'autant moins que les aspects bureaucratiques ne cessent de gagner du terrain. Pourtant, en l'occurrence, je l'ai déjà mentionné, certains patients-résidents ont un handicap physique qui leur complique beaucoup la montée des deux étages. Il se trouve que le cadre de santé en charge de l'équipe n'a pas une notion rigide et immuable du règlement ; il se débrouille

Transgression validée

ou : de l'intelligence de l'action

L'obéissance aveugle est une forme de bêtise qu'on ne peut conseiller systématiquement. Sur le plan opératoire, on sait que répondre sans décalage aucun à la prescription réglementaire constitue la définition de la grève du zèle, celle des douaniers, par exemple, dont l'effet est de paralyser le système.

A l'inverse, on ne conseillera pas davantage une désobéissance systématique à ceux qui aiment leur travail au sein d'une organisation même critiquable, car cela aurait des effets désorganisateur délétères ; ni le passage à l'acte, qui est jouissif mais non lucide, ni la délinquance active ou passive qui font violence sans poser un acte, et qui sont, nous le savons, loin d'être exceptionnels. Reste évidemment la « contrebande » ou la résistance, le lot commun de nombre d'actes et de non actes en institution. Ces termes seront repris plus loin sous la catégorie générale d'« adaptation secondaire ».

Jean
Furtos

Psychiatre,
Chef de service
CH le Vinatier,
Bron (69)

Serge
Taradoux

Infirmier de secteur
psychiatrique,
Cadre de santé
CH le Vinatier,
Bron (69).

pour avoir une clé par résident, chose en principe interdite, et informe par mail le médecin chef qu'il compte en donner une à chaque résident ; celui-ci lui répond par retour : « transgression validée ». Cela suppose que le responsable médical de la structure reconnaisse la transgression d'une norme définie dans un autre contexte, et qu'il authentifie la possibilité d'une prise de risque légitime en sa qualité de responsable, c'est-à-dire d'avoir à en répondre.

Concrètement, les résidents vont utiliser correctement cette possibilité pendant les deux années de cet hébergement provisoire, sans incident notable. Il a pu arriver qu'une résidente maladroite, partiellement apraxique, casse la clé dans la serrure ; l'ascenseur sera réparé, la clé lui sera retirée après dis-



cussion avec le groupe des résidents et les soignants, car elle se mettait en difficulté d'être coincée dans l'ascenseur et elle mettait du même coup en danger l'usage de l'ascenseur par tous. Elle devra ultérieurement faire la preuve de sa capacité à utiliser correctement la clé pour que celle-ci, après une discussion collective, lui soit restituée. Le travail sur l'écart sera ainsi approprié par le groupe des résidents et des soignants. Quant au chef de service, il rendra compte de cet aménagement illégal mais légitime lors du discours pour l'inauguration des nouveaux locaux, suscitant de la part des officiels une compréhension souriante.

L'approche d'Erving Goffman, l'exemple des bouches d'incendie

Le sociologue Erving Goffman a différencié les adaptations primaires (primary adjustments) des adaptations secondaires (secondary adjustments). Les premiers supposent une conformité parfaite aux lois et règlements de l'institution tandis que les seconds consistent à « obtenir des satisfactions interdites ou bien des satisfactions autorisées par des moyens défendus ». L'usage de l'ascenseur se

situait dans le cadre de ces « satisfactions autorisées par des moyens défendus ». La « transgression validée » apparaît comme un sous-ensemble particulier des adaptations secondaires.

Goffman envisage le registre des institutions *totalitaires*, c'est-à-dire celles qui visent à assurer à leurs membres la totalité de leurs besoins en logement, soins, relations humaines, loisirs et éventuellement travail ; cela concerne les hôpitaux psychiatriques étudiés à l'époque, les prisons, les casernes, les monastères... Dans l'analyse d'« Asiles », les adaptations secondaires sont utilisées autant par les patients que par les agents, surtout ceux qui ont une marge d'autonomie faible.

Voici l'illustration d'un compromis créatif entre le règlement et sa transgression adaptée aux besoins ; il s'agit d'un cas de l'administration urbaine : « A cette époque de l'été, notre police new-yorkaise avec l'aide du corps des pompiers et des services des eaux, du gaz et de l'électricité, doit livrer des escarmouches constantes et dans tous les coins de la ville contre les enfants qui forcent les bouches d'incendie pour s'en faire des douches privées. Cette pratique n'a fait que croître au cours des années et tous les moyens de lutter se sont révélés pratiquement inutiles, aussi bien les punitions que les mesures préventives. En conséquence, police, pompiers et service des eaux essaient de faire admettre un compromis équitable qui leur permettrait de se concilier les bonnes grâces des enfants sans trop compromettre l'approvisionnement en eau de la ville ; n'importe quel groupe ou individus honorables (les demandeurs font l'objet d'une enquête de police approfondie) peut solliciter un bouchon vaporisateur spécial, adaptable sur les bouches d'incendie, semblable à un bouchon ordinaire si ce n'est qu'il est de couleur orange et perforé d'une cinquantaine de trous qui permettent à l'eau de jaillir comme pour une douche, de façon à la fois méthodique, économique et - du moins l'espère-t-on - satisfaisante pour les utilisateurs ».

On note que le bon ajustement (contained adjustment, adaptation intégrée et intégrante) est celui qui est satisfaisant pour certains besoins des utilisateurs reconnus légitimes, co-construit par les professionnels et les usagers. Il s'agit là de mettre en œuvre l'art de la négociation et sa validation.

La formule générale du travail intelligent

L'écart entre la norme officielle et la pratique intelligente de terrain ne concerne pas le seul cas des institutions totalitaires au sens de Goffman. Nos collègues médecins du travail universitaires et ergonomes nous ont appris depuis longtemps⁽¹⁾ que l'écart entre ce qui est prescrit et ce qui est effectué dans le travail concret ne donne pas de bons résultats s'il n'est pas traité efficacement par « le travailleur » autant pour creuser un trou que pour travailler dans une usine nucléaire ou dans une administration ; en clair, il y a toujours une différence entre ce que l'on doit faire, en principe, et ce à quoi l'on est confronté sur le terrain, si bien que le travailleur, quelle que soit sa compétence et sa responsabilité, se doit, s'il tient à un travail bien fait, de corriger l'écart par une initiative personnelle pour laquelle il pourra être blâmé ou félicité, bien que l'initiative reste le plus souvent ignoré de sa hiérarchie.

La formule générale du travail intelligent est $T_e = T_p + e$, dans laquelle T_e est le travail effectué, T_p le travail prescrit, et e l'effort personnel du sujet pour s'adapter au terrain en fonction des besoins, de son implication personnelle, de la mise en œuvre de ce qu'il est, sa chair, en quelque sorte. Selon le niveau des écarts, il convient, lorsque cela est possible, de ne pas être seul pour décider, mais cela n'est pas toujours le cas.

L'équivalence stricte $T_e = T_p$ correspond à plusieurs possibilités : une grève du zèle, citée plus haut, un désinvestissement sérieux de son travail, une bêtise assumée, une victoire absolue des protocoles sur l'intelligence interactive de terrain... Il peut aussi arriver que l'obéissance inconditionnelle à la pres-

cription soit ce qu'il faut faire absolument dans certaines situations d'urgence.

Du point de vue de la production de nouvelles normes dans une temporalité non figée, les transgressions peuvent signifier le vieillissement des normes antérieures et/ou leurs inadéquations, et donc la nécessité d'un changement qui ne soit pas que gestionnaire ; c'est certainement le cas en ce qui concerne les hôpitaux psychiatriques où il restent des résidus asilaires conformes aux institutions totalitaires dans le sens goffmanien du terme, souvent à l'insu de ceux qui y sont habitués ; il existe aussi des inadéquations pratiques et réglementaires entre ce pour quoi un hôpital est fait, et ce pour quoi est fait un secteur de psychiatrie géré par des hôpitaux qui n'ont jamais été conçus pour ça. D'où la nécessité de continuer d'inventer la psychothérapie institutionnelle⁽²⁾.

On doit reconnaître un problème majeur lorsque que, pour bien fonctionner, il faudrait que la transgression devienne la règle : c'est là que l'on observe le maximum de stress au travail par perte de maîtrise et de contrôle suffisant pour assurer un bel ouvrage qui reste l'objectif de ceux qui aiment leur métier et sa finalité. Le rôle des hiérarchies est de défendre les pratiques de terrain *en prenant en compte pour de vrai les capacités et les besoins des usagers*. En ce sens, il convient de revenir à l'étymologie du mot : trans/gression, l'action d'aller au-delà, de dépasser une certaine configuration pour en instaurer une autre. Cette forme de transgression n'est pas ni délinquance d'un ordre immuable, ni profanation d'un cadre idolâtre, mais tout simplement le respect du vivant en société.

1. Tout particulièrement, la participation régulière aux travaux de l'Onsmp-Orspere de Philippe Davezies, enseignant-chercheur en médecine du travail, Université Lyon I.

2. Cf. article de Pierre Delion dans ce numéro.

••• La dignité institutionnalisée

Isabelle
Astier

Protéger des individualités

De nombreux exemples permettent de penser qu'en matière de protection sociale, il s'agit moins dorénavant de protéger des individus que des individualités. L'investissement des biographies individuelles par les instances de socialisation en est un aspect essentiel. Tout se passe comme si la société était le résultat de biographies individuelles autant qu'elle en est productrice. Ce mouvement est manifeste dans la façon nouvelle de concevoir les droits sociaux. Au modèle traditionnel de l'inscription des individus anonymes dans des collectifs structurés se substitue un modèle nouveau d'individuation considérant le récit biographique comme la réalisation d'un noyau personnel absolument unique. Ce processus porte en son centre une ambiguïté profonde liée au caractère extrêmement problématique du « passage du récit privé au récit civil ».

Traditionnellement, la culture de la protection repose sur une conception passive de l'intégration. En effet, inscrire des individus dans des structures sociales stables suppose que l'incorporation de la norme se fasse sans discuter. C'est la société disciplinaire. La culture de l'individualité part d'un point de vue inverse. Elle demande à l'individu d'être lui-même, d'être actif et de vouloir expressément s'insérer. Elle le somme d'avoir des exigences, des besoins singuliers, des désirs. Nous sommes ici dans une logique d'État actif providence ou encore État social actif. Il ne s'agit plus de se discipliner, de se conformer mais de vouloir se réaliser, de dire qui l'on est ou qui l'on veut devenir, de brandir une identité et d'exiger qu'elle soit respectée et reconnue. Ces demandes biographiques multiformes consti-

tuent une vaste fabrique des individualités. Les individus doivent se constituer en personnes authentiques.

Authenticité contre reconnaissance, tels semblent être désormais les termes du contrat social. Mais ce contrat porte en lui un risque fort de dualisation. La création d'institutions à même de soutenir l'égal accès de chacun à une individualité propre est la condition sans laquelle la modernisation ne pourra plus aller sans une dualisation de nos sociétés et une naturalisation des inégalités sociales. Ici comme ailleurs, il faut rompre avec la fausse opposition de l'individuel et du collectif, de l'individualisme et du holisme pour penser la nécessaire articulation de ces dimensions et leur point de convergence et de coproduction dans la notion d'institution. Les missions adressées aux institutions sont cependant considérablement transformées par l'entrée dans ce que nous proposons d'appeler la « société biographique ».

Les institutions publiques au premier rang desquelles se trouve l'État ont jusqu'ici eu vocation à assurer l'homogénéité du corps social, des groupes qui le constituent et des individus qui appartiennent à ces groupes. Or, aujourd'hui, les institutions ne visent plus tant à produire de l'homogénéité qu'à institutionnaliser l'hétérogénéité individuelle ou subjective.

La question de la dignité se pose dès lors avec une acuité particulière du double point de vue d'une attente de reconnaissance formulée par les individus et d'une exigence éthique de non-humiliation de ceux-ci par les institutions. On comprend également pourquoi les politiques sociales sont sur la ligne de front de cette problématique des « institutions de la dignité ». Elles s'adressent en effet à des publics disqualifiés et souvent stigmatisés et doivent construire à partir de ces caractéristiques des identités positives.

La loi sur le RMI votée en décembre 1988 a posé la dignité de la personne comme un nouveau fondement des actions de la nation en faveur des pauvres : l'accès au RMI matérialise « le droit de chaque individu, de tout être humain à vivre dans la dignité ». Lors du débat parlementaire, Jean-Pierre Sueur, député socialiste, déclarera que ce texte est

un « texte sur les droits de l'homme, parce qu'il affirme le droit de chaque individu, de tout être humain à vivre dans la dignité, et d'abord dans la dignité matérielle »⁽¹⁾. La loi sur le harcèlement moral, comme celle mettant en place le RMI, peuvent par conséquent être considérées comme des politiques de la dignité. Pour le pauvre, la contrepartie de ce droit à la dignité prend la forme du contrat d'insertion où se loge le devoir de vivre dignement. Pour le salarié, cette reconnaissance de sa dignité et de son droit à conserver son identité va s'échanger contre l'engagement de sa personne tout entière dans le travail. Dans les deux cas, nous voyons de puissantes procédures de responsabilisation se mettre en place. Bien évidemment ce nouveau droit social en reconnaissant l'exclu ou le salarié en tant que personnes ouvre de nouvelles perspectives pour les individus, mais il les expose aussi très différemment que ne le faisait le droit social classique. Il s'agit ici d'appliquer un principe d'égalité concrète qui, d'une certaine manière, prétend égaliser en différenciant.

Parallèlement à ces transformations, il faut prendre en compte l'émergence de la culture de soi comme culture de masse. Le souci de soi, il n'y a pas si longtemps encore spécificité des classes moyennes supérieures, est devenu d'une certaine manière une injonction pesant sur tous, « inutiles au monde » compris. La culture de l'individualité s'est muée en individualisme de l'auto-réalisation. Équiper les individus afin qu'ils puissent prendre soin d'eux-mêmes est par conséquent l'enjeu des années à venir en matière de protection sociale. Il nous faut inventer les « droits capacités » qui permettront aux individus d'accéder aux supports sociaux nécessaires pour exister en individus sans continuellement payer de leur personne. M. Foucault rappelait que par individualisme, on entend trois choses : l'attitude individualiste, la valo-

risation de la vie privée et l'intensité des rapports à soi. Il semble que ce soit dans cette troisième direction qu'il faille chercher des solutions permettant de protéger et de reconnaître l'individu en situation, ses compétences et son système d'interprétation.

Accès à la dignité et injonction à vivre dignement

Nous nous arrêtons un moment sur la question du harcèlement moral. On se souvient : il a fallu beaucoup de temps - presque un siècle - pour que la personne du travailleur soit protégée par un statut, un survêtement épais pour que l'on oublie ses dispositions (indispositions) personnelles. Il a fallu beaucoup d'effort pour parvenir à arracher la santé (la maladie) de la sphère du travail pour la loger dans une institution médicale indépendante de l'employeur. Il ne viendrait à l'esprit de personne de mettre en cause ces deux séparations qui ont permis à l'homme moral - sensible, avec ses affects, ses maux, ses choix moraux et son fort intérieur-, d'exister. Arraché tant bien que mal au travail et au regard de l'employeur, l'être sensible et moral a pu se

déployer dans d'autres sphères de la vie sociale et s'épanouir dans de nouvelles formulations du bien-être. Or, voilà que cet être sensible subrepticement se retourne. Voilà que la carapace statutaire du salariat laisse poindre le nez des inclinaisons et des sentiments. La loi du 17 janvier 2002 traduit bien cette évolution considérable des mentalités de nos sociétés vers la prise en compte et l'accroissement de la protection des salariés en tant qu'êtres moraux et sensibles. Ce texte signe la reconnaissance d'un nouveau type de risque professionnel : l'atteinte à la dignité de la personne au travail. La naissance d'un risque d'atteinte aux droits de la personne dans l'entreprise est avant tout le fruit du travail du « laboratoire européen ». C'est la charte sociale européenne du 3 mai 1996 adoptée en France qui va

1. Débat législatif relatif au revenu minimum d'insertion (RMI), Journal officiel, 4-5 1988, p. 693.



introduire ce souci en demandant aux parties qui s'engageront sur ce texte de « promouvoir la sensibilisation, l'information et la prévention en matière d'actes condamnables ou explicitement hostiles et offensifs dirigés de façon répétée contre tout salarié sur le lieu de travail ou en relation avec le travail et à prendre toute mesure appropriée pour protéger les travailleurs contre de tels comportements ». C'est au nom de l'article 26 qui stipule le droit au respect de sa dignité au travail et « en vue d'assurer l'exercice effectif du droit de tous les travailleurs à la protection de leur dignité au travail » que ces recommandations sont faites.

Voici qu'à côté de la souffrance physique apparaît une autre souffrance, la souffrance psychique. Le regard sur l'homme au travail qui jusqu'alors se limitait à la souffrance corporelle s'étend à l'intériorité. Le harcèlement moral serait le mal des organisations flexibles où le travail fait appel aux capacités comportementales des salariés. Paradoxalement, c'est au moment où les rapports de travail s'individualisent que l'on demande aux salariés de travailler en équipe, de savoir communiquer. La qualité du travail est surtout évaluée collectivement. Le travail des uns est de plus en plus dépendant du travail des autres. Ceci explique sans doute que le harcèlement moral n'est pas seulement le fait des employeurs et de la hiérarchie, mais provient très souvent des collègues. Non seulement, tout un chacun court le risque d'être harcelé mais également celui de devenir harceleur.

Le droit au respect de sa dignité n'est par conséquent jamais très loin de l'injonction à vivre dignement.

L'usager en personne

Le travail avec autrui est une posture d'intervention commune à une multiplicité de dispositifs: accompagnement des chômeurs, soutien à la parentalité, soutien et accompagnement scolaire, insertion par l'économique, contrats d'insertion du RMI, actions d'insertion s'adressant aux personnes handicapées, reconnaissance des acquis de l'expérience pour les salariés non qualifiés, médiation sociale et urbaine, médiation scolaire, intervention auprès des personnes à la rue, accompagnement des situations de

surendettement etc... La liste pourrait ainsi s'étendre sur une page entière. Tous ces dispositifs ont en commun une logique de traitement individualisé, la poursuite de l'autonomisation des usagers et un support contractuel impliquant l'usager comme coproducteur du service. L'accent est mis à chaque fois sur la prise en compte du milieu de vie et des singularités de l'usager, de son parcours biographique pour la conception de l'aide qui lui est proposée. Il s'agit de reconnaître enfin l'objet de l'intervention sociale comme une personne usant d'un service, en un mot un usager, et de lui accorder des droits.

C'est un des objectifs de la loi du 2 janvier 2002 relative à la rénovation de l'action sociale et médico-sociale. Ce texte marque une étape importante dans la transformation du rapport à l'usager marquée par la volonté de personnaliser, d'individualiser, d'humaniser les rapports entre la collectivité et les bénéficiaires des services offerts. Il n'est plus seulement question d'usagers ou de patients mais de "sujets de droits", de "personnes". Utiliser la notion juridique de "sujet de droits" c'est désigner l'usager comme une personne considérée comme "support d'un droit subjectif" et qui bénéficiera d'une prérogative individuelle reconnue par le corpus normatif. Cette prérogative individuelle peut prendre la forme d'un droit créance à l'encontre de la collectivité (un doit à) ou d'un droit liberté (un doit au respect de). C'est là une innovation de taille. En effet, l'usager considéré comme une personne n'est plus simplement appréhendé sous l'angle de son besoin d'assistance ou de protection, le droit de créance classique. Un ensemble de garanties sont mises en œuvre pour lui assurer le respect de ses droits-libertés fondés sur le principe matriciel de dignité. C'est le retour en force des droits fondamentaux dits de "première génération". En principe, leur respect doit être absolu : les droits sociaux ne peuvent se concevoir sans eux. Il n'y a pas d'atténuation des droits-libertés en contrepartie de la reconnaissance de droit de créance. En pratique, on sait combien il est difficile de concilier le respect de la dignité au quotidien. Quelle approche concrète faut-il en avoir ? D'autant plus que ce respect de la dignité doit s'articuler avec l'autre axe de transformation juridique: l'usager contractant.

Le problème est bien de savoir si ces droits nouveaux ont une consistance et si ceux à qui on les accorde ont les moyens de les exercer. Pour le moment cela ne semble pas être le cas⁽²⁾. La logique de reconnaissance de l'usager est très limitée dans ses effets pour cette raison. Les exigences d'autoréalisation s'accroissent et les formes de réalisation de soi deviennent des objets de tensions sociales majeures. Cette façon de concevoir la justice sociale présente plusieurs écueils et notamment ceux de psychologiser les problèmes sociaux, de ne plus les poser en termes de redistribution. Il n'est pas question ici de nier la nécessité de mettre en œuvre des politiques de la reconnaissance mais plutôt de savoir comment concevoir ces politiques sans sombrer dans ce que Michel Foucault appelait « l'épinglage de chacun à sa propre singularité ». La



reconnaissance n'est plus alors autre chose qu'une technique disciplinaire « où chacun reçoit pour statut sa propre individualité, et où il est statutairement lié aux traits, aux mesures, aux écarts, aux « notes » qui le caractérisent et font de lui, de toute façon, un cas ». Pour cela, l'idée de « statut de reconnaissance » proposée par Nancy Fraser ouvre des perspectives intéressantes. Il s'agit de traiter de la reconnaissance comme d'une question de statut social. On ne reconnaît plus une identité de groupe ou des individualités mais un statut de partenaire à part entière dans l'interaction sociale à chacun des membres du groupe concerné.

C'est là tout l'enjeu de l'action de certains professionnels de l'intervention sociale revendiquant l'appellation de « professionnels de la dignité ».

2. Charte sociale européenne du 3 mai 1996, entrée en vigueur le 1er juillet 1999, adoptée en France par décret n° 2000-11° du 4/02/00. L'apparition dans différents pays européens de législations sur le harcèlement moral est sans doute à relier à l'adhésion à cette Charte sociale plus qu'à la parution en France, en 1998, du livre de M.F. Hirigoyen. C'est ce que montre très bien Henri Dorvil dans un excellent article concernant les droits des usagers des services de santé mentale, "Nouveau plan d'action : quelques aspects médicaux, juridiques, sociologiques de la désinstitutionnalisation", Cahiers de recherche sociologique, Université du Québec à Montréal, n° 41-42, 2005.

••• Institutions et « formes de vie »

André
Micoud

Directeur du CRESAL
Saint-Etienne

Les institutions, complexes de fictions juridiques et de dispositifs matériels, sont les instruments par le truchement desquels les êtres vivants que nous sommes accèdent à l'humanité. Chaque groupement humain, au cours de son histoire, en a élaboré de toutes sortes qui disent ce que c'est qu'être un homme ou une femme, un père ou une mère, un fils ou une fille, un membre de la communauté, un responsable... etc. Ces institutions, articulées entre elles, sont les pièces élémentaires de ce que, au choix, on pourra appeler culture, ou ordre symbolique, ou forme de vie et qui disent tout à la fois ce qu'est le monde et ce que sont les sujets qui l'habitent.

Qu'un ordre symbolique vienne à faillir sur ces bases, et ce sont les sujets qui vivaient de lui et par lui qui ne savent plus où ils habitent. Pire même, qui peuvent être parfois en proie à une véritable déréliction.

Dans quel monde vivons-nous ?

Nous autres occidentaux, sommes les héritiers d'un monde que, pour faire court, j'appellerai « éco-socio » (du nom du Conseil Economique et Social qui, en France, est censé mieux le représenter que les institutions de la Représentation Nationale). Né avec la révolution industrielle et l'urbanisation, et indexé à la croyance que le progrès scientifique et technique apporterait le bonheur à tous, ce monde nous a fait, membres d'Etats-Nations en concurrence économique, des producteurs et des consommateurs plaçant dans la poursuite de leurs intérêts matériels les conditions essentielles de la réalisation de soi. Et ce ne sont pas les deux dernières guerres, pourtant bien plus inter-nationales que mondiales, qui ont suffi à le déstabiliser ; ni non plus

les décolonisations qui n'ont fait qu'étendre cet ordre des puissances nationales à la Terre entière. C'est plutôt par deux autres biais – *subversifs* à proprement parler : qui consiste « à en retourner la version » - que cet ordre symbolique s'est vu peu à peu remis en cause, par l'action, paradoxalement, de deux autres sciences, celle des rapports des êtres vivants entre eux et avec leurs milieux, l'écologie, et celle de la différence des formes de vie humaines, l'ethnologie. Deux biais qui, par ces deux sciences, l'une des faits naturels et l'autre des faits culturels, ont fait s'effectuer le retour vers lui-même de ce que le monde occidental moderne avait développé sur toute la surface du globe.

Voilà en effet qu'avec cette nouvelle sub-version écologique, ce monde « éco-socio » se doit de reconnaître qu'il ne tient plus en lui seul les conditions de sa pérennisation et qu'il doit prendre en compte un autre monde que, là aussi pour faire court, je propose d'appeler le monde « physico-bio ». Avec la « crise environnementale » de ces trois dernières décennies, ce monde-là, considéré hier encore, autant comme ressource infinie pour nos exploitations futures, qu'arrière-cour sans fond pour nos rebus, se rappelle à nous. Et nous rappelle ce faisant, qu'en tant qu'êtres vivants, nos rapacités d'êtres éco-socio ne vont pas tarder à trouver leurs limites.

Mais voilà aussi, qu'avec cette nouvelle subversion de la pluralité des formes de vie des groupements humains, le monde « éco-socio » se doit de reconnaître qu'il est celui qui, plus que tous les autres, met cette diversité « ethnologique » des formes de vie en péril. Avec la mondialisation récente, c'est au moment où ce monde voit se réaliser l'universalisation de la culture émancipatrice qu'il appelait de ses vœux, que celle-ci prend à ses propres yeux des allures de massacre. Qui nous rappelle ce faisant qu'il ne saurait n'y avoir d'humanité s'il ne devait plus y en avoir qu'une seule forme.

Du « global » au « local »

Qu'est-ce que, de place en place, cette crise « environnementale » (pour continuer à employer une expression bien faible), et cette crise « culturelle » (faute de mieux), devrait nous amener à remettre en cause, nous qui, nés avec le monde « éco-socio »,

avons été formatés à penser selon son ordre ? Telle est la perspective de cette contribution dans un numéro consacré à l'analyse des changements observables dans les liens entre les institutions du travail social et ceux de la santé psychique : oser poser un cadre problématique « global » pour se demander ensuite ce qui, de lui, pourrait en émaner quant aux façons de penser les phénomènes « locaux » qui occupent, ici ou là, travailleurs sociaux et soignants des psychismes souffrants. L'ordre dit « éco-socio » né avec la bien nommée « économie politique » – et très précisément avec cet ouvrage princeps d'Adam Smith intitulé « *Enquête sur la nature et la richesse des Nations*, publié en 1776 – est celui qui a énoncé dans quel *oikos* nous habitons quand, étendant les préceptes de la bonne économie des intendants et économistes privés aux nations entières, il a fait de l'économie (science de la production et de la répartition des richesses matérielles) ainsi devenue « politique », l'alpha et l'oméga de l'organisation (*nomos*) des formes de vie des groupements humains ; en même temps que ceux-ci se trouvaient exclusivement indexés à des cadres nationaux⁽¹⁾. Un *lieu* nouveau, celui de l'économie des nations, se substituait à l'ancien oecumène médiéval et à son économie du salut des âmes. La « sociologie » qui lui a peu après emboîté le pas pour hypostasier en « sociétés » les dites entités nationales, a fini de caractériser cet ordre en lui accolant son attribut « socio » censé lui faire prendre souci du bien-être des hommes-travailleurs qu'elle transmuait en « individus »⁽²⁾. De là, c'est-à-dire de l'extension planétaire de cet ordre est née, comme on le sait, cette discipline étrange, dédiée à la connaissance des « autres » groupements humains, censés ne pas habiter le même monde mais, au choix, dans celui de l'irrationnel, ou des origines, ou de la tradition... en somme, dans la nature, comme l'indique leur nom *d'indigènes* : l'ethnologie.

Ce sont donc bien, rançons du développement/dévolement d'une seule, deux autres catégories de formes de vie qui font retour aujourd'hui. Du point de vue écologique, c'est-à-dire depuis cet autre *savoir du lieu* (*oikos-logos*), toutes celles du vivant non-humain, mais avec lesquelles toutes les formes

de vie humaine ont partie liée en ce qu'elles sont environnées par elles. Retour qui, de façon de plus en plus express, vient dénoncer l'hubris avec laquelle notre manière de les traiter en rend la poursuite problématique.

Mais aussi, du point de vue de la diversité des formes de vies humaines, toutes celles, « hétérotopiques » a pu dire M. de Certeau, qui témoignent de la possibilité d'autres institutions pour gouverner les groupements humains qui, en ne les alignant pas toutes sur la seule perspective du confort matériel, pourraient faire en sorte qu'elles puissent cohabiter. Ces prémisses, très globales, ayant été posées, comment revenir sur terre, et sur quelle Terre précisément ?

On l'aura sans doute remarqué, pour exposer ces prémisses, une expression a été employée à dessein : les formes de vie. Que je souhaiterais poser au cœur de notre problématique, non pas tant pour la magnifier que pour se demander ce qu'elle recèle. Et, plus précisément encore, pour essayer de l'articuler avec cette autre question, elle aussi au cœur de nos interrogations actuelles : quelles institutions, dans le monde qui vient, pourraient être en mesure de garantir, pour demain encore, l'humanité de l'homme, dans un monde qui a la Terre pour horizon commun ?

Vers un nouveau « monde commun » ...

Or, en tant que sociologue (encore), une méthode existe pour revenir sur terre : qui consiste moins à gamberger idéalement sur les façons d'y parvenir, qu'à observer empiriquement comment s'y prennent ceux qui, habitant de moins en moins à l'aise ce monde « éco-socio » comme il va, tentent, déjà, d'en énoncer un autre, en actes autant qu'en paroles. Il me semble ici que les innombrables initiatives dans ce sens qu'il nous est donné d'observer aujourd'hui peuvent être rangées schématiquement en deux ensembles.

Le premier, qui s'affranchit des cadres géo-politiques ayant stabilisé les entités humaines, regroupe toutes les initiatives tendant à déplacer les temporalités et les étendues héritées de façon à ce qu'il puisse être fait droit à la prise en compte du monde « physico-bio » en tant que toutes les formes de vie

1. Exclusivement, comme le dit explicitement la fameuse « Déclaration universelle des droits de l'homme et du citoyen » de 1789, qui revenait à ne reconnaître des droits aux hommes que pour autant qu'ils fussent d'abord des citoyens.

2. Énoncé qui revient à placer sur le même plan fondateur, l'ouvrage d'Adam Smith d'une part, et la thèse de doctorat d'E. Durkheim « *De la division du travail social* », parue en 1893.

humaines en dépendent mais que certaines d'entre elles sont davantage responsables que d'autres de son avenir. Les dénominations génériques de toutes ces initiatives sont à elles seules tout un programme, qui disent à proprement parler quel est leur horizon commun : « sans frontières » et/ou « non gouvernementales ». Prenant acte du fait que les conséquences de telles ou telles formes de vie ne peuvent plus être confinées au seul lieu de leur production (ni la pollution, ni les gaz à effet de serre, ni les oiseaux migrateurs ne connaissent de frontières), elles sont toutes ces actions qui s'essayent à dessiner un autre cadre pour penser les solidarités en lieu et place des anciennes concurrences.

Le second, qui remet en cause la prétention du monde « éco-socio » à ne procéder que de lui-même, regroupe toutes les initiatives qui, en explorant la diversité des formes de vies humaines, s'attachent à mieux connaître les institutions qu'elles ont su mettre en place pour construire et d'autres mondes et d'autres sujets. Ces initiatives en effet savent que là se tiennent des trésors scellés mais encore disponibles à qui saurait les réinterpréter pour les rendre à nouveau vivants. Prenant en quelque sorte au sérieux le nouvel impératif de la réalisation de soi que promeuvent les sociétés avancées, elles se demandent si d'autres traditions spirituelles que celles qui ont fait l'occident, ne seraient pas davantage à même de mieux soutenir cet idéal en le désinfectant à la fois du solipsisme de l'individu et de la valeur accordée aux technosciences de plus en plus orientées vers la seule maîtrise du monde matériel. Dans l'un et l'autre cas, en réfléchissant à nouveau frais sur les liens et les limites, il ne s'agirait en fait, comme François Ost a pu le suggérer, que de parvenir à inventer un nouveau temps pour l'humanité toute entière. Un temps qui ferait droit aux différentes identités narratives des différentes formes de vie humaines (toutes les *ethnè*) – qui ne les obligerait pas à abandonner leurs patrimoines - mais qui, en même temps (sic), les subsumerait dans un « grand temps » (P.Ricoeur), un temps-enveloppe en quelque sorte, accepté par toutes comme les transcendants. Ce temps-enveloppe a déjà trouvé son appellation : l'ainsi nommée chétive « communauté internationale » l'appelle le « développement durable » dont les définitions multiples s'accordent tou-

tes à le fonder sur les trois piliers, économique, social et... environnemental... aux fins de permettre aux générations futures de rester libres des choix de leurs formes de vie. Un temps enveloppe qui, toutefois, à continuer à s'appeler celui de « développement » reste en partie inféodé à l'ordre éco-socio avec lequel il souhaite prendre ses distances. A moins que le développement y gagne une signification plus métaphorique et ne fasse plus que désigner l'aptitude à gouverner collectivement un changement concerté.

... avec une nouvelle racine « générique » ?

Si l'on peut donc admettre que la solution symbolique a été trouvée, elle semble l'être quand même à une altitude encore assez stratosphérique. Pas si sûr. Surtout quand on aura noté qu'un autre terme, générique, y fait son apparition et cela sous deux formes : celle maintenant honnie, *d'indigène*, et celle, nouvellement consacrée, de *générations*. Racine, générique encore une fois, qui vient pour suivre, en la déplaçant, la référence au vivant contenue dans le sémantème « nation » (*natu*, les natifs). Ce qui veut dire à mes yeux que, sous la catégorie de population, terme qui vaut pour tous les groupements d'êtres vivants qu'ils soient humains ou non, perce aujourd'hui la question de savoir comment redéfinir ces autres identités symboliques que sont les peuples⁽⁹⁾. L'expression employée jusqu'ici de « formes de vie » (à la suite notamment des premiers usages de Annah Arendt repris par Giorgio Agamben) est sans doute à prendre comme une tentative dans ce sens. Ne serait-ce que parce que, dans son indétermination même, elle tient en elle la possibilité d'un dialogue entre les deux sciences qu'on a dites, de l'écologie et de l'ethnologie, cette expression est sans doute promise à une fécondité tant heuristique que pratique. A titre d'exemple, parler des générations futures indique déjà que l'humanité n'est plus une entité intemporelle, dont la perpétuation tient de l'évidence, mais qu'elle aussi connaît les scissions de la vie qui la mettent en risque de ne plus se reproduire.

Mais peut-être qu'au-delà de sa capacité à tenir ensemble les dimensions biologiques et ethnologiques cette expression « forme de vie » en tient-

3. Voilà pourquoi, le titre d'un film récent consacré aux oiseaux. « Le peuple migrateur », avait suscité en moi une sainte colère. De même que me laisse perplexe cette façon de faire droit aux peuples amérindiens qui consiste à leur attribuer le titre de « premières nations ». Enfin, c'est peut-être à cet endroit hautement stratégique que se tient précisément la raison de la frayeur profonde éprouvée par nombre de sociologues à la seule évocation de l'oxymore « socio-biologie ».

elle une autre encore qui concerne toujours cette même question fondamentale de l'humanité de l'homme laquelle, aux dires de S. Freud, dépend avant tout « de la continuité de la vie psychique des générations successives ». Quelles formes de vie humaine – nous pouvons nous poser la question maintenant – sont-elles les plus propices à satisfaire à ce développement de l'humanité de l'homme, jusque et y compris dans cette dimension la plus subtile et délicate de sa transmission d'une génération à la suivante ? Et, autant que faire se peut, à lui épargner de connaître ces souffrances psychiques qui en ruinent jusqu'à la possibilité ?

J'ai commencé cette contribution en énonçant que, quand un ordre symbolique vacillait sur ses bases, il se pouvait que ceux qui vivaient de lui et par lui, en viennent à ne plus savoir où ils habitaient. Il arrive qu'aujourd'hui, les parents ne sachent plus de quoi sera fait le monde où vivront leurs enfants. Et que, n'étant plus eux-mêmes assurés quant à ce qui serait l'essentiel à transmettre, ils se vivent, hésitants et pusillanimes, comme ceux-là qui attendent de leurs descendants qu'ils inventent les nouvelles formes de vie à venir.

Mais, beaucoup plus généralement, c'est bien l'ensemble des institutions de socialisation que les sociétés nationales avaient mises en place qui ne sont plus assurées elles-mêmes de leur « bien fondé ». Parce que, littéralement, toutes adossées à ce même ordre « éco-socio » - dans l'ignorance maintenue de ce que cet ordre devait aux traditions « es humanités » issues des trois religions dites « historiques » - les voilà qui, pour la première fois,

prennent conscience de leur caractère extrêmement situé. Les initiatives que j'ai dites, pour le respect des formes de vie non-humaines et humaines, peuvent être interprétées comme des tentatives pour, en réinterprétant cet ordre, lui permettre peut-être, de connaître une nouvelle vie.

De la montée en puissance d'une problématique qui s'exprime dans ces termes, de « formes de vie » certes, mais aussi de « biosphère », de « patrimoine de l'humanité », de « développement durable »..., je crois qu'il est possible de soutenir qu'un temps est en train advenir où les institutions seront jugées à leur capacité de respecter la vie ; c'est-à-dire, ce qui en constitue l'essence même, à savoir, la capacité à tenir en soi-même les voies et moyens de la perpétuation de son identité dans le temps, jusque et y compris par l'acceptation du risque de sa propre métamorphose.

Sans oublier pour finir, ce paradoxe ou ce comble, comme on voudra, qui se tient dans ce monde « éco-socio » toujours très puissant et qui, à prétendre réguler toute forme de vie (par le « bio-pouvoir » autant que par celui du contrôle de toutes les cultures), en laisse échapper ce qui en constitue son essence : de ne pouvoir se perpétuer que grâce à son infinie capacité à inventer son futur, toujours surprenant, toujours inattendu. Croire, comme le disent les mythes, que la vie est plus forte que la mort, c'est savoir qu'il faudra toujours aux hommes inventer le monde – c'est-à-dire les institutions – qui garantiront qu'une vie humaine, « suffisamment bonne et juste », puisse durer.

Contrechamp

• • • Le faire social du dire : l'institution

Tenir le défi hétéronomie-autonomie

Kostas Nassikas

Pédopsychiatre à l'Institut Départemental de l'Enfance et de la Famille (Rhône),
Psychanalyste,
Maîtrise de Philosophie.

« Il y a aliénation de la société, toutes classes confondues, à ses institutions...que l'institution une fois posée semble s'autonomiser, qu'elle possède son inertie et sa logique propre, qu'elle dépasse, dans sa survie et dans ses efforts, sa fonction, ses fins et ses « raisons d'être ».

Les évidences se renversent ; ce qui pourrait être vu « au départ » comme un ensemble d'institutions au service de la société, devient une société au service des institutions ».

Cornelius Castoriadis.

L'institution semble échapper au statut d'objet intelligible ; dès qu'on l'y pose comme tel un glissement imperceptible s'effectue automatiquement : nous le pensons aussitôt à partir de ses représentations, symboliques et figurables dans le champ social comme la famille, l'école, la justice, l'hôpital psychiatrique... La polyvalence de ses représentations sature tellement le champ du pensable la concernant, on la « voit » partout, qu'il devient difficile voire impossible de la voir agir à l'intérieur de la pensée, du langage et de la structuration du sujet, et de la configuration historique du socius.

Portes d'entrée

Un bref regard sur l'origine étymologique de ce terme peut nous donner un premier aperçu sur les différentes positions qu'il occupe dans le champ de la signification. Le mot institution dérive du verbe latin *sto* (*stas, steti, statum*) qui signifie être debout,

ferme, certain. Le substantif *status* signifie attitude, position, état et le verbe dérivé *statuo* (*is, i, utum, ere*) : décider, établir ; sa variante *statuere* signifie poser en principe, juger, estimer. En y ajoutant l'aditif *in* (se tenir sur) cela devient *in-statuere* : commencer, entreprendre, inscrire, former ; les deux substantifs qui dérivent de ce verbe sont :

institutio :

- disposition, organisation
- principe, méthode, système, doctrine
- formation, enseignement, instruction.

institutum : chose établie en tant que :

- projet, dessin, plan
- habitude, usage, règles
- principes.

L'étymologie du terme équivalent grec *thesmos* nous donne quelques informations supplémentaires. Il vient du verbe *tithēmi* qui signifie quelque chose de défini, une tradition ou une loi posée à l'origine par les dieux. Une seconde signification de *thesmos* vient d'un verbe qui signifie annoncer la parole des dieux (*thespis* ou *thespisma* est l'oracle) en vue d'établir une règle ou une loi régissant les relations humaines.

Ce bref trajet étymologique du terme institution nous fait voir un mouvement venant de l'intérieur d'elle et *visant à poser et à faire tenir quelque chose debout*, un principe, une loi, une tradition, en commémoration d'un événement (im)mémoriel ou une formation-figuration historiquement donnée d'une « transaction relationnelle entre humains » ; simultanément à ce mouvement interne il y a allusion à l'instaurateur de cela : il s'agit soit de la volonté, ou de la parole, divine (*thesmos*) ou de la volonté humaine de *faire tenir quelque chose sur* (ce que l'on peut entendre de l'aditif *in* du mot institution) autre chose qui préexiste et dont l'origine est ignorée.

Une autre porte d'entrée et une quasi obligation de pensée de cette notion nous vient du choc violent et même de l'horreur que nous ressentons lorsqu'on se trouve devant les visibles déformations de la

condition humaine : celle-ci semble réduite à ne plus être qu'une expression caricaturale de l'institution qui lui assure la survie. Ma rencontre avec ce regard, où il n'y a personne qui regarde et où je disparaissais en tant que personne regardée, a placé en moi violemment et avec frayeur la question de l'institution ; c'était les regards des patients de l'hôpital (?) psychiatrique de Thessaloniki dans les années 1970 : lobotomisés ou neuroleptisés à outrance, et tous en uniforme gris foncé pendant la couleur et la saleté indistinctes, ils se déplaçaient répétitivement en troupe à l'intérieur d'un espace qui semblait leur avoir prescrit depuis longtemps le sens de leurs mouvements.

L'institution mise en question

Le rapprochement de la résistance à l'occupant de la deuxième guerre mondiale avec la condition des malades mentaux, des résistants ont pu être sauvés trouvant refuge à l'hôpital de St Alban, semble être une source importante du questionnement de l'institution psychiatrique, de sa fonction sociale et du sens de sa relation avec la folie. D'autres hôpitaux psychiatriques ont également permis ce rapprochement. Nous le retrouvons mis en application par Franz Fanon en Algérie quelques années plus tard et, en caricature, dans les régimes communistes : les opposants politiques sont traités comme des malades mentaux et internés ! Ce rapprochement a donné naissance au courant français de la psychothérapie institutionnelle ; le lieu ne se prête pas ici de dire plus sur la richesse des apports de celle-ci, ceux de ses débuts et ceux de ses prolongements avec l'implication de la pensée psychanalytique (J. Oury, F. Guattari, P.C. Racamier, etc...)

Cette entrée de la problématique sociale dans l'institution psychiatrique a profondément mis en crise celle-ci. Le mouvement des « fous à délier » de F. Basaglia qui a abouti à la fermeture des hôpitaux psychiatriques en Italie, est le résultat de la pensée marxiste considérant l'institution comme une des superstructures sociales dans lesquelles se manifestent les rapports de l'infrastructure des rapports sociaux et de la « lutte des classes ». Le courant de l'antipsychiatrie anglaise, de D. Cooper et R. Lang, est influencé par la philosophie existentialiste ; le « fou » est ici l'indice du dysfonctionnement de son

groupe social sur lequel les soignants doivent agir. Les analyses de M. Foucault concernant les institutions comme l'école, la prison, l'hôpital et l'asile des aliénés se réfèrent également aux enjeux du pouvoir autour desquels s'organise l'infrastructure des rapports sociaux.

Incompatibilité des logiques du social et du subjectif

La limite sur laquelle les approches sociales de la folie et de ses institutions se sont progressivement heurtées est celle de leur impossibilité de penser l'irréductible subjectivité de l'être humain. Leur désuétude d'aujourd'hui n'est pas seulement le résultat de l'individualisme généralisé des sociétés consuméristes ; elle est surtout le fait de leur ignorance des logiques radicalement différentes du fonctionnement autonome de l'espace psychique de chaque humain.

Ce sont probablement les limites et impasses de ces approches qui ont poussé plusieurs psychanalystes à « investir » la question de l'institution. Leur socle de pensée est, bien entendu, celui construit par Freud essentiellement dans « Totem et Tabou » et dans « Psychologie des masses et analyse du moi ». Le meurtre du père (supposé par Freud avoir réellement existé à l'aune de l'humanité) serait le point de départ des deux institutions qui structurent simultanément l'espace social et l'espace psychique individuel : l'interdit de l'inceste et le repas totémique. La première de celles-ci se présente comme le contrat conclu entre les frères : « aussi les frères, s'ils voulaient vivre ensemble, n'avaient qu'un seul parti à prendre : ... instituer l'interdiction de l'inceste ». La seconde, appelée religion du totem et du sacrifice, se présente comme le contrat conclu avec le père mort : « le repas totémique, qui est peut être la première fête de l'humanité, serait la reproduction et comme la fête commémorative de cet acte mémorable et criminel qui a servi de point de départ à tant de choses : organisations sociales, restrictions morales, religions ». « Le système totémique était comme un contrat conclu avec le père » donnant naissance à l'institution de la religion du totem, du sacrifice, à la fête commémorative, au sentiment de culpabilité, à « la recherche de protec-

tion » et à « l'idéal de soumission absolue à ce père primitif ».

Quelques années plus tard, Freud reprend et prolonge ces audacieuses idées en analysant les forces qui organisent les foules humaines : les individus se dissolvent en masse conglomérée par leur besoin de soumission à l'idéal d'un chef, ou d'une institution. Il dégager ainsi les bases psychanalytiques d'une psychologie sociale. Son exercice de 1927 sur l'avenir de l'illusion religieuse comporte à la fois l'idée, que d'autres reprendront plus tard, de l'institution (pas seulement religieuse) comme d'une névrose sociale et l'annonce de l'homme scientifique, à venir, qui pourrait un jour s'en sortir. Cette prévision est manifestement son souhait ; on peut aussi la considérer comme un aveu d'impuissance signalant les limites que rencontrent les logiques de la psychologie individuelle à expliquer l'organisation sociale.

Nous connaissons les nombreux successeurs de Freud qui, par des chemins personnels, ont tenté de prolonger la pensée du fondateur de la psychanalyse. Il s'agit de W. Reich,

E. From, H. Marcuse avec le freudo-marxisme, A. Mitscherlich avec la « Société sans pères », le terrifiant « Dieu-père » caché derrière le « nom du Père » et les institutions de P. Legendre, les analyses de G. Mendel et de bien d'autres.

L'institution comme névrose sociale

La pensée de l'institution comme névrose sociale a trouvé un prolongement spécial dans les travaux de E. Jacques et de F. Fornari ; ceux-ci ont rencontré et alimenté la pensée de R. Kaës sur les groupes et celle du courant de l'analyse institutionnelle.

On peut dire, en schématisant, que la notion de l'institution s'identifie, dans ce courant de pensée, à celle du contenant ; prenant appui sur les travaux de J. Bleger le cadre-institution est considéré contenir les parties Non-moi de chaque individu (parties originaires de l'époque fusionnelle mère-enfant d'où se dégage progressivement le Moi) membre du groupe-contenu. C'est cette pensée de l'institution qui amène R. Kaës à redire la devise freudienne autrement : « là où l'institution était, du je peux advenir ».

Cet auteur considère que cet « advenir » du Je est le résultat de sa double relation avec l'institution : « la question de l'étagage est ici centrale, du double étagage de la réalité psychique sur sa deux bordures corporelle est institutionnelle. Comme l'autre, l'institution précède l'individu singulier et l'introduit à l'ordre de la subjectivité en prédisposant les structures de la symbolisation par la présentation de la loi, par l'introduction au langage articulé, par la disposition et les procédures d'acquisition des repères identificatoires ».

Outre cette relation d'étagage, le sujet entretient, selon cet auteur, un autre « commerce » avec l'institution. « Mais l'institution est aussi espace extrajeté d'une partie de la psyché : elle est à la fois dedans et dehors, dans le double statut psychique de l'incorporant et du dépôt ; elle est à l'arrière fond du processus, mais ne saurait être indifférente au processus lui-même. C'est par ses différents aspects que le sujet est sujet de l'institution et que l'institution consiste dans une double fonction psychique : de structuration et de réceptacle de l'indifférencié ». Ces conceptions servent de base à ce que fut (?) l'analyse institutionnelle ; ce qui est recherché ici c'est tant les formations originelles de l'institution et ses buts fonctionnels, que tout ce qui met en mouvement le processus de l'offre-demande transférentielle en rapport avec les fonctions de celle-là (parexcitation, défense contre les angoisses psychotiques de fusion e.t.c.) pour les membres du groupe. L'incontestable pertinence de ces conceptions trouve ses limites dans ce qui est dit ci-dessus à propos de l'analyse freudienne des phonèmes groupaux : elles sont l'extension de la psychologie individuelle dans l'explication de la totalité du fonctionnement des institutions et de l'organisation sociale. Cette généralisation n'a pas échappé à certains auteurs qui critiquent l'impasse de ce modèle familialiste d'analyse institutionnelle en introduisant la dimension de la pluralité comme coexistante mais différente de celle de la subjectivité.

En effet, si l'on se réfère au paradigme de l'institution principale des êtres humains qui est celle du langage, peut-on dire que le « sujet a une relation d'étagage » avec celle-ci ou que « le sujet est le sujet de l'institution » comme il est dit ci-dessus dans le propos de R. Kaës ? Cela amènerait à dire

qu'un individu crée en lui-même du langage ou qu'il peut seul être créateur des signifiants !

Le faire du dire

L'intenable d'une telle position rend évidente la dimension de la pluralité, ou du social, dont les logiques croisent mais elles sont irréductibles à celles de la psychologie individuelle. En effet, si l'on continue la réflexion à partir du paradigme du langage, qui est le créateur des signifiants désignant les places des sujets et structurant simultanément la circulation du sens entre eux et dans le fonctionnement psychique de chacun ?

Si on laisse de côté l'origine divine du langage et des institutions, telle qu'elle apparaît dans les fondements étymologiques des termes institution/themos et liées au profond besoin de protection et d'hétéronomie de l'être humain (débusquée par M. Tort jusqu'au signifiant majeur de la théorie lacanienne du « Nom du père »), on se rapproche plutôt des notions de la « tierceité » contenue dans la représentation (selon C.S. Peirce) du mythogramme de Leroi – Gourant, ou à celles des travaux de E. Cassirer, de Saussure et d'autres linguistes, pour lesquelles le signifiant n'est jamais la création d'un seul individu ; au même moment où celui-ci le prononce (le signifiant) il est, en même temps, désigné par lui à une place corrélée à celles de ses interlocuteurs et à celles des absents (ancêtres-morts) qui se présentent invisibles à l'arrière de cette nomination et de cette mise en sens que la signification opère. Dire que la désignation des places (du sujet, des autres, des ancêtres) et la mise en sens des contenus psychiques de leurs échanges est la première opération du signifiant (et du langage) risque de laisser dans l'ombre la raison d'être de tout cela ainsi que la causalité sous-jacente : celle du faire du désir du sujet sur les autres et de ceux-ci sur celui là, ce que leur dire exprime. Ce faire se déploie simultanément sur deux dimensions : celle de l'intersubjectivité et celle de la pluralité. Cette deuxième dimension se présente à la fois dans le sujet et devant ou entre les sujets sous la forme de l'institution : il s'agit du faire social auquel leur dire donne forme pour l'organisation et les

modalités (historiques et historicisantes) de leur être ensemble.

Ce faire du dire est aussi la voie par où passe essentiellement l'action transférentielle du dispositif psychanalytique. Cela amène le sujet, sans le savoir, aux conditions premières du dire, celles de la désignation-nomination des places sujet-autres et de la qualification du sens de leurs échanges constants et mutants.

Le sujet peut, dans ce travail, nommer et recréer le sens de son histoire faite par la rencontre de son désir avec celui des autres, l'ensemble étant inscrit essentiellement dans la temporalité et l'historicité ; c'est essentiellement à travers la dimension institutionnelle de cette (re)nomination, rendue possible par le travail du transfert que la pluralité se rend présente dans l'intimité du dispositif psychanalytique ; ce dispositif instable de nomination peut nous donner un certain aperçu sur les modes de « fabrication de la langue » et sur le faire institutionnel de la pluralité par lequel celle-ci régit les échanges, constamment mutants, entre les individus et entre les groupes sociaux.

Le faire social de l'institution

C'est la profonde réflexion de C. Castoriadis qui a rendu explicite la complexité du faire institutionnel de la pluralité sociale en donnant à la notion de l'institution sa richesse créative des formes, toujours historiques, d'organisation des ensembles humains évoluant sur l'axe de l'hétéronomie-autonomie. Cela nécessite l'étude séparée et différenciée entre l'imagination sociale et l'imaginaire individuel ainsi que de leurs entrecroisements.

Cette pensée exige une première rupture : celle de considérer la société comme un réseau de rapports entre adultes autonomes capables de penser leur destin social commun et donc sortis de l'infantilisation éternelle des névrosés et des leurs institutions « névroses sociales ». Les projections individuelles sur les chefs et les idoles sont bien entendu, toujours présentes, mais elles ne suffisent en aucun cas pour expliquer tout le champ des phénomènes sociaux. La difficulté pour les « psychologues » d'accepter cela vient de leur besoin d'accrocher dans la réalité interne tout ce qui se passe entre les sujets ; cela ressemble au vertige que donne à la pensée de

l'individu l'infinité d'un univers sans contenant, sans Dieu !

Cette difficulté de penser le rapport individu-société peut être facilitée par l'analogie individu-nature : il y a chaque fois identification partielle avec quelque chose d'infiniment plus grand et plus complexe.

Le faire social régissant les réseaux des rapports humains s'exprime en instituant les institutions. Le dire y participe tant par la circulation de la réflexion des individus et des groupes que par le profond processus de nomination-désignation des places et des échanges par laquelle la pluralité (re)fabrique constamment la langue.

Le regard sur l'histoire des sociétés montre que l'institution est toujours une forme datée, un produit socio-historique dit Castoriadis, par laquelle un rapport social est nommé-sanctionné ; elle stabilise ainsi pour un temps et sous cette forme le rapport en question tant envers lui-même qu'envers les autres rapports institués. Ce rapport est en décalage avec lui-même dès qu'il apparaît comme institué.

Cela veut dire que l'institution subit, dès qu'elle apparaît en tant que rapport social institué, un processus d'altération ; cela installe progressivement une aliénation entre l'institution et l'instituant, c'est-à-dire entre elle et les rapports sociaux pour lesquels elle a été inventée-sanctionnée. Cet ensemble des mouvements instituants et invisibles sont l'expression des besoins, des insatisfactions et des multiples autres circulations d'influences ou d'idéaux et contributions des imaginaires individuels ; ils alimentent l'imagination sociale et son faire institutionnel dans ses formes symboliques-rationnelles-économiques-fonctionnelles qui régissent la réalité des rapports humains.

Sans nous attarder sur les divergences qui apparaissent souvent entre rationalité et fonctionnalité des institutions on peut souligner le recours systématique au symbolique, ce qui est toujours déjà là, que fait l'imagination sociale dans son faire institutionnel. Ce Symbolique, et les rituels qui sont liés à lui, est une composante essentielle et insondable de l'institution. L'exemple du langage est à ce propos, et encore, le plus flagrant. Ce qui est toujours indéterminé et historiquement variable c'est l'empiètement du symbolique sur le relationnel-fonctionnel de l'institution ; l'empiètement massif donne à celle-ci son

aspect hétéronome d'origine divine rendant l'autonomie individuelle ou sociale quasiment impossible.

Logiques du sujet, logiques du social

L'individu est fabriqué par les institutions sociales. Elles lui imposent toute son organisation psychique sans pouvoir atteindre l'autonomie de son inconscient, ce que Castoriadis appelle « imaginaire radical ». Celui-ci, « caché » derrière le refoulement qui s'impose à la psyché du fait de son inclusion dans le monde, est la source de l'indestructible autonomie du sujet, de sa pensée magique et de sa « folie privée ». La structuration de l'individu par l'institution transforme cette « folie privée » en raison ; cela se fait par la transformation-torsion du principe de plaisir en principe de réalité. Cette socialisation de la psyché individuelle passe par la dimension et l'étape triadique, comme nous le signalons ci-dessus à propos de la création du signifiant.

Ces réflexions sur l'institution sont loin de celles le situant sur l'axe contenant-contenu. Nous voyons ici l'identité de structuration de l'espace privé et de l'espace social, l'institution étant le transformateur de cet « animal fou », qu'est l'enfant arrivant au monde avec un fonctionnement pulsionnel de toute puissance et magique, en individu social. Si les échanges et les passages entre l'espace privé et l'espace public se déroulent sur plusieurs axes, l'essentiel est celui de la sublimation qui, par le développement de la créativité individuelle et sociale, produit les formes de la civilisation.

La sublimation est à considérer ici bien plus que comme la transformation des buts des pulsions sexuelles vers ceux des réalisations plus élevées (sublimes). Si l'on tient compte du fait qu'elle s'effectue sur l'axe de l'identification (le Moi du sujet se substitue à l'objet de la pulsion pour attirer l'énergie de l'investissement de celle-ci) en transformant ainsi la libido d'objet en libido narcissique, on se rend compte que les objets, vers lesquels l'investisseur s'oriente sont ceux des Idéaux du Moi identiques aux Idéaux du groupe social.

Si l'objet-idéal de la sublimation peut garder son altérité (d'inconnu-étranger) le mouvement narcissique reste créateur des formes d'art et de civilisation. Si inversement, l'objet sublimé est perçu

comme la réduplication du Moi cela pousse à la glorification des traits identitaires « du même », avec, comme conséquence, le développement de la chasse au différent et l'avènement de tous les « ismes » (fascisme, racisme, etc.).

Aliénations

L'imagination sociale transforme constamment les significations imaginaires sociales en faire instituant ; le dire y participe en exprimant tant l'imaginaire radical subjectif que la mise en sens pragmatique-fonctionnelle du vivre ensemble référée toujours au symbolique-socio-historique. La constante mutation-transformation des significations du dire, liée à la constante mutation de rapports sociaux, est le facteur principal de l'aliénation permanente des sociétés par rapport à leurs institués configurés dans les institutions du moment. Des ruptures chaotiques et/ou violentes peuvent se produire quand l'institution s'autonomise complètement de la composante imaginaire qui l'a produite ; elle tente ainsi d'asservir la société et les individus à sa propre auto finalité alors qu'elle a été créée pour leur rendre service.

L'aliénation individuelle n'est au fond pas très différente de celle de la société : il s'agit de l'autonomisation des significations langagières à l'intérieur de la pensée du sujet parlant ; le sujet n'est pas le signifiant perdu dans la chaîne des signifiants, comme la théorie lacanienne a pensé la psychose : il est plutôt dans un rapport d'hétéronomie quant à la place qu'il occupe dans son discours : on parle pour lui, on pense pour lui, on l'hospitalise... Il subit passive-

ment les forces instituant les établissements des soins le concernant : celles-là semblent avoir plutôt comme souci de circonscrire la folie des sujets hétéronomes ; ceux-ci peuvent-ils trouver ainsi leur autonomie de pensée ?

Il serait long de faire ici le bilan de la « psychothérapie institutionnelle ». Ses impasses sont peut-être liées à la grande illusion de l'analyse institutionnelle en lien avec ce qui est développé ci-dessus sur l'irréductible de l'institution et du social aux logiques de la psychologie subjective et du familialisme ; la réflexion sur les problématiques transférentielles des équipes soignantes est bien entendu possible et nécessaire à condition de différencier la dimension sociale de l'institution de celle du réseau dans lequel elle s'insère et du politique des forces instituant qu'elle exprime .

On peut remarquer à propos de ce dernier, le politique, qu'il semble avoir toujours oublié la dimension de sujet de ceux pour lesquels les institutions des soins psychiatriques ont été faites jusqu'aujourd'hui. La vague des « dispositifs » soignants ou sociaux qui se développe ces dernières années semble vouloir retrouver l'homologie initiale avec le terme in-stitutio et éviter ainsi l'immobilisme des institutions. Ces dispositifs peuvent-ils maintenir présente la problématique du social (et du politique fait par des sujets autonomes) et la faire coexister avec celle de l'hétéronomie du sujet dans son discours ? De leur capacité de maintenir ce déficit ouvert dépendent probablement la force et l'innovation de leurs propositions.

Bibliographie

Ouvrages et articles

- Astier I.**, 2007, *Les nouvelles règles du social*, PUF, Collection Le Lien social.
- Boltanski L et Chiapello E.**, 1999, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Gallimard.
- Bourdieu P.**, 1982, *Ce que parler veut dire*, Ed. Fayard.
- Callon M., Lascoumes P., Barthe Y.**, 2001, *Agir dans un monde incertain*, Seuil, Paris.
- Castel R.**, 1991, « De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation. Précarité du travail et vulnérabilité relationnelle », In Donzelot J., *Face à l'exclusion, le modèle français*, Ed. Esprit, Paris.
- Castoriadis C.**, 1975, *L'institution imaginaire de la société*, Le Seuil, Paris.
- Corcuff P., Ion J., De Singly F.**, 2005, *Politiques de l'individualisme*, Ed. Textuel.
- Cooper D.**, 1978, « Vers la non-psychiatrie », In *La sexualité dans les institutions*, Le Seuil, Paris.
- Cornu G.**, 2000, *Vocabulaire juridique*, P.U.F.
- Darrot J.**, 1983, « Le sujet de l'institution », In *Revue L'Information Psychiatrique* n°4.
- Delion P.**, 2004, *Soigner la personne psychotique*, Ed. Dunod.
- Demilly L.** 2006, "Désinstitutionnalisation ou nouvelles formes institutionnelles ? Les cas de la santé mentale et du système scolaire" Communication au Congrès de l'AFS, 4-8 septembre, Bordeaux.
- Delmas-Marty M.**, 1994, *Pour un droit commun*, Le Seuil.
- De Solemne M.**, 1999, (dir.), *La sincérité du mensonge*, Ed. Dervy.
- Dupuy F.**, 2005, *La fatigue des élites. Le capitalisme et ses cadres*, Le Seuil.
- Ehrenberg A.**, 2004, « Les changements de la relation normal-pathologique. A propos de la souffrance psychique et de la santé mentale », In *Esprit*, mai 2004, pp. 133-156.
- Estrabol B., Nassikas K.**, « Dissection d'une mort dans l'institution ». Charon mis à jour. In *L'Information Psychiatrique*. Vol.58, N° 10, décembre 1982.
- Everaert-Dumont D.**, 2005, "Les droits des usagers des établissements et services sociaux et médico-sociaux : quelle évolution?", In *Droit Social*, n°3.
- Eyraud B.**, « Quelle autonomie pour les incapables majeurs ? », In *Politix*, avril 2006.
- Fassin D.**, 2004, *Des maux indicibles - Sociologie des lieux d'écoute*, La Découverte.
- Foucault M.**, 1975, *Surveiller et punir*, Gallimard, Paris.
- Foucault M.**, 1984, *Le souci de soi*, Gallimard, Paris.
- Fraser N.**, 2005, *Qu'est-ce que la justice sociale? Reconnaissance et redistribution*, La Découverte, Paris.
- Freud S.**, 1912, *Totem et Tabou* Ed. Payot, Paris, 1947.
- Freud S.**, 1921, *Psychologie des masses en analyse du Moi*, Ed. Payot, Paris, 1951.
- Freud S.**, 1927, *L'avenir d'une illusion*, Ed. PUF, Paris, 1971.
- Furtos J., Laval C.**, (dir.), 2005, *La santé mentale en actes, de la clinique au politique*, Toulouse, Erès.
- Gil R.**, 2005, « Annonce » du diagnostic et maladie d'Alzheimer : de la solennité du mot à l'humilité de la pratique, Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie, Masson.
- Girard R.**, 1972, *La violence et le sacré*, Grasset 1972, nouvelle Ed. « Pluriel », 1980.
- Goffman E.**, 1968, *Asiles, études sur la condition des malades mentaux*, Les Ed. de Minuit, Paris.
- Goffman E.**, 1973, *La mise en scène de la vie quotidienne*, Les Ed. de Minuit.
- Hermant E.**, 2004, *Clinique de l'infortune. La psychothérapie à l'épreuve de la détresse sociale*, Les Empêcheurs de penser en rond, Le Seuil, Paris.
- Hockmann J.**, 1980, « Le soin psychiatrique à la recherche d'une spécificité ambiguë » In Caroli F. (dir.), *Spécificité de la psychiatrie*, Masson, Paris.
- Ion J., Ravon B.**, 2005, « Institutions et dispositifs », in J. Ion (dir.), *Le travail social en débats*, Paris La Découverte.
- Jankélévitch V.**, 1980, *Le Je-ne-sais-quoi et le Presque-rien. La méconnaissance, le malentendu*, Le Seuil.
- Joubert M.** (dir.), 2004, *Santé mentale, Ville et violences*, Paris, Ed. Erès.
- Jullien F., Marchaisse T.**, 2000, *Penser d'un dehors (la Chine), entretiens d'extrême-occident*, Le Seuil, Paris.

- Jullien F.**, 1997, *Le détour et l'accès, Stratégies du sens en Chine, en Grèce*, Le Livre de Poche.
- Jullien F.**, 2000, *De l'essence ou du nu*, Le Seuil, Paris.
- Jullien F.**, 2002, *Traité de l'efficacité*, Le Livre de Poche.
- Jullien F.**, 1993, *Eloge de la fadeur*, Le Livre de Poche.
- Kaës R.**, 1976, *L'appareil psychique groupal. Constructions du groupe*, Ed. Dunod, Paris.
- Kaës R.**, 1989, « Réalité psychique et souffrance dans les institutions », in Kaës (René) et al. *L'institution et les institutions, Etudes psychanalytiques*, Dunod, 2000, Paris.
- Lacan J.**, *Les non-dupes errent*, Séminaire 1973-1974, Paris. Inédit
- Laval C. et Ravon B.**, 2005, « Relation d'aide ou Aide à la relation ? », In Ion J., (dir.) *Le travail social en débats*, La Découverte, Paris.
- Laval C.**, 2005, « L'extension de la clinique au sein du dispositif RMI », in J. Ion et al. *Travail social et souffrance psychique*, Paris, Dunod, pp. 95-123.
- Latour B.**, 2000, « Factures/Fractures. De la notion de réseau à celle d'attachement », In Micoud A. et Péroni M., *Ce qui nous relie*, Ed. de l'Aube, La tour d'Aigues.
- Martin J.P.** 2000, *Psychiatrie dans la ville*, Ed. Erès, Toulouse.
- Molinié M.**, 2006, *Soigner les morts pour guérir les vivants*, Les empêchés de penser en rond, Le Seuil, Paris.
- Nathan T.**, 2001, *Nous ne sommes pas seuls au monde*, Les Empêchés de penser en rond, Le Seuil, Paris.
- Nassikas K.**, 2004, « Trauma et langage », In *Le trauma entre création et destruction*, Ed. L'Harmattan, Paris.
- Nassikas K.**, « Tu es où sublimer l'autre (Tuer ou sublimer l'autre ?) » In Bulletin de la SPP, Congrès La sublimation, Paris, mai 2005.
- Nassikas K.**, Le transfert fabrique de la langue, Conférence à la journée APF de Lyon du 25 mars 2006.
- Ost F.**, 1999, *Le temps du droit*, Ed. Odile Jacob.
- Oury, J.**, 1986, *Le collectif*, Scarabée, Paris.
- Palmade J.**, 2003, *L'incertitude comme norme*, Ed. PUF
- Peuch-Lestrade J.**, « L'analyse des transferts sur l'institution », In RFP.LXXX, oct.2006
- Peirce CS.**, 1979, *Ecrits sur le signe*, Le Seuil, Paris.
- Ravon B.** 2005, « Vers une clinique du lien défait ? », In Ion J. & al. *Travail social et souffrance psychique*, Dunod, Paris, pp. 25-58.
- Renault E.**, 2004, *L'expérience de l'injustice. Reconnaissance et clinique de l'injustice*, La Découverte.
- Ricoeur P.**, 1985, *Temps et récit, tome 3-Le temps raconté*, Paris, Le Seuil.
- Ricoeur P.**, 2001, *Le Juste 2*, Ed. Esprit.
- Rogers C.R.**, 1998, *Le développement de la personne*, Dunod, (1^{ère} Ed. 1968).
- Roussillon R.**, « Libres propos », Actes du séminaire *Pertinence d'une clinique de la désaffiliation ?*, ORSPERE, septembre 1999.
- Roussillon R.**, 1999, *Agonie, clivage et symbolisation*, Puf, Paris.
- Soulet M-H.**, 1997, *Petite grammaire indigène du travail social. Règles, principes et paradoxes de l'intervention sociale au quotidien*, Ed.Universitaires, Fribourg.
- Soulet M-H.**, 2003, « Penser l'action en contexte d'incertitude », In *Nouvelles pratiques sociales*, septembre 2003.
- Supiot A.**, 1994, *Critique du droit du travail*, PUF.
- Thomas H.**, 2002, « L'exclusion des pauvres. Nouveaux fondements de la lutte contre la pauvreté en France », In D.Gros, S. Dion-Loye (dir.), *La pauvreté saisie par le droit*, Le genre humain.
- Tosquelles F.**, 1984, *Education et psychothérapie institutionnelle*, Hiatus, Mantes.
- Vidal J.P.**, 1987, « Le familialisme dans l'approche "analytique" de l'institution. L'institution ou le roman familial des psychanalystes » In Kaës R. et al, *L'institution et les institutions*, Ed Dunod, Paris.
- Vidal-Naquet P.**, 2005, « A demi-mot : de l'écoute à la connivence », In Joubert (Michel) (dir.), *Villes et toxicomanies*, Erès, Paris.

Rapports

- Demailly L. Bresson M.** (dir.), 2005, Rapport final « Les modes de coordination entre professionnels dans le champ de la prise en charge des troubles psychiques ». Convention IFRESI/ DREES-MIRE /INSERM avec la participation du CCOMS France.
- Dourlens C., Vidal-Naquet P.**, « La relation de soins à l'épreuve de la maladie d'Alzheimer ». Cerpe, Fondation Médéric Alzheimer, 2006. Rapport de recherche consultable à la Fondation Nationale de Gérontologie.
- Velpry L.**, « L'expérience sociale de la maladie mentale. Etre un patient à long terme en psychiatrie de secteur ». Thèse de sociologie de l'université Paris 5, 2006.

Actualités

La Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale

Organise

Un CONGRÈS INTERNATIONAL

Parc des Expositions à Bruxelles, les 24, 25 et 26 mai 2007

Jusqu'ici tout va bien... mais il ne faut pas s'inquiéter

**Inflation du domaine de la santé mentale
Questions transversales de santé publique
Débrouilles et résistances**

Depuis cinq ans, la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale poursuit une réflexion de fond sur les enjeux actuels de société et de santé mentale. La condition anthropologique contemporaine se révèle et se décline dans quelques puissantes modifications de contextes de vie. L'expérience montre que le psychisme des individus est touché par ces turbulences sociétales, ce qui ne manque pas d'interpeller et de questionner d'autres champs professionnels traversés par les mêmes préoccupations, le même désarroi.

Au désarroi et aux ressources des individus répond en vis-à-vis le désarroi et les ressources des praticiens.

Jusqu'ou faut-il intervenir, comment tenir compte dans les pratiques des nouvelles coordonnées anthropologiques, peut-on feindre d'ignorer les laissés-pour-compte du système, comment soigner ceux qui ne veulent rien, y-a-t-il des besoins prioritaires en santé publique, quelles sont les possibilités et les limites du travail en partenariat, où s'arrête la responsabilité des soignants, faut-il tout professionnaliser, qu'est-ce qui fait soin, comment produire de la santé mentale ?

Les systèmes de soins et l'offre thérapeutique ont tendance à se démultiplier. Les métiers de la santé mentale et de la psychologisation des malaises sociaux se développent. Ils sont parfois plus destinés à assurer l'ordre public qu'à accueillir la souffrance. Certains projets novateurs ont pour effet de créer des nouvelles demandes et de désamorcer des habitudes de solidarité qui avaient toute leur efficacité.

La poussée d'un courant gestionnaire, évaluateur, performatif et standardisant menace la culture et l'éthique d'une génération de praticiens grandie avec les enseignements de la psychanalyse, de la psychothérapie institutionnelle et de l'anti-psychiatrie. Ceux-ci se vivent aujourd'hui encore plus comme des résistants.

Toutes ces transformations demandent aux soignants des changements d'attitude, des inventions pour pallier les impasses du dispositif institutionnel établi, mais logiquement,

de tels phénomènes les oblige aussi à questionner leurs conceptions du soin, leurs repères et leurs idéaux de travail.



Actualités

APPELS À COMMUNICATIONS

Les axes et thèmes principaux de travail du Congrès seront :

La santé mentale et les nouveaux contextes de vie : rapport au temps et à l'espace - changements dans la famille, la conjugalité et la filiation - le corps, la sexualité, le sexué - la violence - les modifications du lien social - l'intime et le privé - le rôle de l'image...

L'inflation du domaine de la santé mentale : les nouvelles scènes et expressions de la souffrance humaine - la "santé mentalisation" du social - l'atomisation de l'aide sociale - citoyenneté et santé mentale...

Les nouvelles scènes et expressions de la souffrance humaine : migrations, violences sociétales, toxicomanies, déni de la souffrance, trajectoire sociale des patients...

Santé mentale et Santé publique : la multiplication des champs d'interpellation - rôle et sens actuel de la psychiatrie - les interfaces institutionnelles - les nouveaux signifiants porteurs, comme l'humanitaire, l'urgence et la crise, le travail de proximité, l'ingérence, le réseau, l'approche communautaire - les contraintes administratives et la bureaucratization...

Evolution des conceptions autour du soin psychique : la validation et l'évaluation - les nouveaux métiers de la santé mentale - ce qui fait soin dans une société - articulations de l'individuel et du collectif, de la clinique et de l'institutionnel dans les soins psychiques...

La notion de résistances : de l'individu, des groupes, dans le travail clinique et institutionnel, avec le monde politique ...

Congrès organisé en collaboration avec :

L'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité

L'Union Internationale d'Aide à la Santé Mentale

L'Association Française de Psychiatrie

Le Comité Européen Droit Ethique et Psychiatrie

Et avec le soutien de la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale

*Pour tout renseignement, contacter le **Dr. Charles Burquel et Eric Messens,**
Secrétariat de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale*

53, rue du Président – 1050 Bruxelles, Belgique

Tél : 0032 (0)2 511 55 43 - Fax : 0032 (0)2 511 52 76 - Mèl : emessens@skynet.be

Actualités

...Nous avons lu

La société biographique : une injonction à vivre dignement

Isabelle Astier, Nicolas Duvoux, (Collectif), Ed. L'Harmattan, avril 2006.

Hier, les institutions prenaient en charge l'individu du berceau à la tombe sans qu'il ait son mot à dire. A l'inverse, ce dernier est aujourd'hui sommé d'être autonome et de se forger un récit biographique à l'adresse de ces mêmes institutions. Cette libération de l'individu peut aisément se retourner en contrainte et le condamner à une sorte de mise en récit perpétuelle. Ce livre étudie le tournant en cours dans les modes de socialisation dans les sociétés européennes et soumet au lecteur les enjeux de l'émergence d'une société où le lien social repose en grande partie sur une mise en récit de soi.

L'intervention clinique en service social, les savoirs fondateurs (1920-1965)

Geneviève Perrot, Odile Fournier, Georges-Michel Salomon, Collection « Politiques et interventions sociales », 2006.

Remonter à la source des savoirs fondateurs en service social, telle est l'ambition de cet ouvrage. Ses auteurs s'intéressent à la genèse de l'intervention clinique en service social. Ils repartent de travaux aujourd'hui dispersés, voire oubliés. Chemin faisant, il se confirme que la théorisation des savoirs pratiques ne date pas d'hier, qu'elle s'est construite progressivement. Les sources de leurs pratiques, voilà ce que les assistants sociaux d'aujourd'hui découvriront à la lecture de ce livre. Au-delà de cet apport historique, les auteurs souhaitent insister sur la fonction clinique du service social et sur la rigueur de sa méthode, ancrée dans des valeurs humanistes.

La fabrication du psychisme. Pratiques rituelles au carrefour des sciences humaines et des sciences de la vie

Sous la direction de Silvia Mancini, Ed. La Découverte, Paris, novembre 2006.

Voici un ouvrage collectif qui reprend la question des pratiques rituelles en société (autant traditionnelle que moderne), réinstaurant un dialogue entre sciences humaines et sciences de la vie. La thèse est constructiviste : si la société produit des « orthopratiques », l'humain vivant en société, jouissant d'une plasticité foncière, se construit psychiquement à travers ces pratiques, et ce, notamment en situation d'infortune, de vulnérabilité et de perte de repères existentiels. Un ouvrage savant, accessible, avec des textes de lecture utile.

...Agenda

1^{er} Journée Nationale des Equipes Mobiles Spécialisées Psychiatrie-Précarité

Organisée par le Service d'Appui « Santé mentale et Exclusion sociale ».

Vendredi 16 mars 2007 à Paris, CH Sainte Anne.

Contact : Dr Alain Mercuel - Tél : 01 45 65 87 95 - Mèl : a.mercuel@ch-sainte-anne.fr



ONSMP-ORSPERE



RHIZOME

Bulletin national santé mentale et précarité

Téléchargeable sur le site : www.ch-le-vinatier.fr/orspere

Rhizome est une revue trimestrielle éditée par l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP-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

Coordinateur éditorial : Jean-Pierre Martin / Assistante de rédaction : Claudine Bassini

Comité de rédaction

Guy ARDIET, psychiatre (St Cyr au Mont d'Or) / Frédérique CATALUD, 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) / Marie-Claire FILLOT, cadre socio-éducatif (Paris) / Marie GILLOOTS, pédopsychiatre (Paris) / Alain GOUIFFÈS, psychiatre (UMAPPP Rouen) / Pierre LARCHER, DGAS / Christian LAVAL, sociologue, ONSMP / Antoine LAZARUS, prof. santé publique (Bobigny) / Pierre MERCIER, directeur Habitat et Humanisme (Lyon) / Alain MERCUEL, psychiatre (St Anne Paris) / Michel MINARD, psychiatre (Dax) / Gladys MONDIÈRE, dr en psychologie (Lille) / Pierre MORCELLET, psychiatre (Marseille) / Christian MULLER, psychiatre (Lille) / Jean PERRET, président d'association (Lyon) / Eric PIEL, psychiatre (Paris) / Gilles RAYMOND, chargé d'études PJJ / Pauline RHENTER, politologue (Lyon) / Olivier QUEROUIL, conseiller technique fonds CMU (Paris).

Contact rédaction

Claudine Bassini - tél. 04 37 91 54 60

Valérie Battache - tél. 04 37 91 53 90

CH Le Vinatier, 95 Bd Pinel 69677 Bron Cedex

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

E-mail : orspere@ch-le-vinatier.fr

Web : www.ch-le-vinatier.fr/orspere

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

Tirage : 10 000 ex - Dépôt légal 2277

ISSN 1622 2032 - CPPAP 0910B05589

Les Cahiers de **Rhizome**

Bâtir 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

Web : www.ch-le-vinatier.fr/orspere