

## Bulletin national santé mentale et précarité

### Compétence en humanité précaire et passage de relais

édito

Jean Furtos  
Halima Zeroug-Vial

La transmission en clinique psychosociale est d'actualité : toute une génération de cliniciens du soin et du social « part » à la retraite, tandis que de jeunes collègues s'interrogent sur l'avenir de leurs pratiques dans un climat managérial. En cohérence avec ce réel collectif, la transmission est en cours au Comité de rédaction de Rhizome, avec des départs, un nouveau directeur de la publication, de nouveaux membres, une continuité et un nouvel ajustement de la ligne éditoriale. Même chose à la direction de l'ONSMP-ORSPERE qui édite Rhizome avec le soutien actif de la DGCS et la DGS.

Il est important d'éviter une transmission *mélancolique*, cette haine de soi et du temps qui passe, du style : « *de l'âge d'or à la catastrophe, tout est f...* ». C'est le sens du texte d'Olivier Querouil, il n'y a jamais eu d'âge d'or en psychiatrie de secteur, mais des évolutions constantes et des moments plus enthousiasmants que d'autres.

Pour construire ce numéro, la question a été posée aux contributeurs: « *qu'est-ce qui vous anime aujourd'hui (dans votre pratique) ?* ». Les auteurs sollicités sont chercheurs ou praticiens, en France, en Afrique, aux USA, sociologues, politistes, psychiatres, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux, usagers, décideurs, universitaires d'Harvard ou de Lyon2.

Présenter le contenu exhaustif d'un tel numéro est impossible, au moins peut-on l'évoquer. Avec comme fil d'Ariane, une remarque de René Kaestirée de son dernier ouvrage, **le Malêtre** : « *j'ai aussi éprouvé de l'angoisse et de la colère devant... la disparition du répondant. Le répondant est la présence humaine à une adresse, à une demande. Le répondant accepte d'en être le destinataire, il ne se dérobe pas devant le risque de la rencontre* ». Le répondant, celui qui, dans une situation donnée, fait de la dérégulation d'autrui son affaire, même sans demande explicite, est une espèce en raréfaction, signe d'une époque impersonnelle comme les réponses téléphoniques pré-enregistrées, et procédurale ; il y a toujours une procédure à mettre en place, qui évite la demande de reconnaissance,

(suite page suivante)

#### DOSSIER

La sociologie dans le vif de la clinique psychosociale Christian Laval, Guillaume Pégon, Bertrand Ravon, p. 3-5	Clinique psychosociale, objectivité et désubjectivation en psychiatrie Benjamin Weil p. 20
Conditions d'émergence et transport des idées dans le champ de la clinique psychosociale Béatrice Deries p. 6	Jeune psychiatre en temps de crise, un avenir est-il possible ? Blandine Bechetolle p. 21
Une rupture de génération ? Olivier Querouil p. 7	Comment je suis devenu un rhizome ?... Nicolat Velut p. 22
Une stratégie pour impulser le travail en réseau autour de la souffrance psychique Bernard Kirschen, Pilar Arcella-Giroux p. 8-9	Précarité - Psycho gériatrie au Sénégal : Attention aux pièges Ousseynou Ka p. 23
L'accompagnement social ? Du temps, de l'espace et de la créativité... Joanna Dyduch p. 10	Séminaire souffrances psychiques et souffrances sociales Patrick Menchi p. 25
L'aide psychosociale et le temps comme outil de travail Hermann Hessou p. 11-12	Trajectoire d'une porteuse de la clinique psychosociale Monique Lips p. 26
Les possibilités d'une rencontre Emmanuel Eparvier p. 13	Maladie bipolaire et précarité du monde Le point de vue des usagers Patrick Jeannot p. 27
Que transmettre du travail de rue ? Carole Favre p. 14	Transmettre : un équilibre entre conduite du changement et « (re)conduite des habitudes David Chevallier p. 28
La clinique psychosociale : un objet difficile à transmettre ? Elhadji Mbaye p. 15-16	Pour une prochaine révolution scientifique en psychiatrie Joshua Sparrow p. 29-30
Rhizome : une courroie de transmission du savoir sur la clinique psychosociale Emel Toprak, Elhadji Mbaye p. 17	Des pages tournées, un livre à fermer, continuer de rêver Naasson Munyandamutsa p. 31
Modernité de la transmission aux internes en psychiatrie Edouard Leaune p. 18-19	ACTUALITÉS p. 32

## Au sommaire

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

**édito (suite)**

de reliance, de réponse au besoin. Comme le font remarquer Christian Laval, Guillaume Pegon et Bertrand Ravon dans leur perspective historique inaugurale, tout se passe comme si les intervenants de première ligne n'avaient « *plus qu'eux même à offrir dans la relation d'aide* ». Traduisons : les intervenants de première ligne sont sommés de prendre la position de répondants. Encore faut-il qu'ils se sentent suffisamment soutenus dans leur travail.

Cette perspective situe le texte d'Emmanuel Eparvier, infirmier en santé mentale : son travail est, nous dit-il, l'expression d'une *compétence en humanité*, avec une précarité partagée tout à fait visible dans la vignette rapportée. Et au fond, ce qu'écrit Joanna Dyduch, assistante sociale, est du même registre : en situation d'impuissance professionnelle apparente, il était important que leur institution autorise les assistantes sociales à prendre soin des femmes migrantes avec leur simple compétence en humanité, dans un groupe de parole. Grâce à quoi elles restent humainement vivantes et disponibles en qualité de professionnelles.

Comment transmettre cette compétence en humanité ? En l'autorisant et en la protégeant. Comment la transmettre dans le champ de la psychiatrie est ce sur quoi quatre jeunes psychiatres ont planché.

Edouard Leaune, représentant l'association fédérative des étudiants en psychiatrie, pense opportun que les internes en psychiatrie devienne *internes en santé mentale*, terme plus contextualisant que celui d'*interne en psychiatrie* ; son association souhaite un tutorat par un ou plusieurs psychiatres seniors, comme une transmission compagnonique du métier.

Pour Benjamin Weil, le constat est clair et sans appel : il n'y a plus de maître en psychiatrie, plus de transmission d'un corpus unifié de la discipline, laquelle n'intègre pas la complexité bio-psychosociale.

Blandine Bechetoille, représentante en métropole de l'association *FIKIRA de Mayotte et d'ailleurs*, décrit une vision personnelle de son cursus mobilisé par « la crise ». Elle en appelle à ses aînés : « *quand les vieux psychiatres ne nous parlent plus d'âge d'Or mais de leur histoire, quand ils acceptent de transmettre leur savoir et leur questionnements, quand ils se penchent sur les jeunes psychiatres que nous sommes avec enthousiasme et confiance, alors l'avenir devient possible* ».

Enfin, Nicolas Velut raconte comment il est devenu un rhizome, au sens botanique et philosophique du terme, dans un champ de communauté professionnelle où il se reconnaît, et où la revue Rhizome a eu sa place, celle de parler des pratiques d'une manière aidante, avec une théorie en train de se faire et de se refaire ; cela permet de soutenir un travail où la compétence en humanité se nourrit d'une pensée clinique multi-professionnelle (Emel Toprak et Elhadji Mbaye).

Une telle clinique dérange les paradigmes en vigueur. On lira la radicalité de pensée d'un pédopsychiatre américain, Joshua Sparrow, enseignant à la Harvard Medical School et proche élève de Brazelton : il en appelle à la constitution d'une révolution scientifique en psychiatrie pour prendre en compte ce que nous savons désormais : la santé mentale ne se construit pas d'abord dans les cliniques ni dans les cabinets de consultation, mais surtout dans la rue, dans les quartiers, dans la famille, dans les institutions où les vies évoluent tous les jours... ; c'est là, ajoute-il, que la santé mentale peut être aussi menacée, allusion explicite à la Déclaration de Lyon d'Octobre 2011, publiée entre autre dans le numéro 45 de Rhizome.

Pour qu'une clinique psychosociale puisse se faire, il faut un soutien politique, comme le montre la stratégie pour impulser le travail en réseau (Bernard Kirschen, Pilar Arcella-Giraud), soutenue par la DDASS de Seine-Saint-Denis, puis par l'ARS Ile de France. St Denis, lieu où se sont instituées, rappelle Béatrice Deries, les actions *Ville et Santé*, dans les années 90, qui ont abouti, entre autre, au rapport historique Stroh-Lazarus (DIV-DIRMI, 1995) « *ces souffrances qu'on ne peut plus cacher* », et l'année précédente au colloque fondateur de l'ORSPERE-ONSMP (CH le Vinatier, 1994) : *devoirs et limites de la psychiatrie face à la déqualification sociale*.

Pour qu'une clinique psychosociale puisse se faire, il faut des conditions et des professionnels de conviction. La conviction est nécessaire, rappelle Hermann Hessou, psychologue à Terres Rouges (Cotonou, Bénin) : sinon, comment prendre des coups, parfois au sens propre, et rester disponible, prendre le temps, avec les enfants dans les rues ?

La première page de cet édito commence par l'image d'un livre ouvert. Le dernier texte, celui de Naasson Munyandamutsa, se termine par un livre à fermer : transmettre, quand il y a eu traumatisme (et là, il s'agit du génocide du Rwanda), c'est aussi le temps pour les enfants de refermer le livre de la mémoire ; le souvenir des parents reste mobilisable, avec la possibilité de clore la porte de l'horreur pour continuer de rêver un avenir habitable, à construire. Les intervenants et les penseurs de la clinique psychosociale rêvent l'avenir du lien psychique et social ; ils acceptent d'être les répondants de ceux et celles qui défont parce ce qui soutient défaille ; lorsque le psychique et le social deviennent quasi indéterminés, lorsque l'on ne sait plus à qui appartient la souffrance, la simple et difficile compétence en humanité devient le socle sur lequel doivent s'appuyer professionnels et usagers, gens de terrain et décideurs. Au fond, il y a peut-être plus de répondants qu'on ne le croit, l'hyperlibéralisme ne doit pas être la fin du monde, et le travail de civilisation reste toujours à faire. Meilleurs vœux pour ce travail ! Et une amicale pensée à Christian Laval, nouveau Directeur de la publication de Rhizome.

# La sociologie dans le vif de la clinique psychosociale

**Christian Laval,**  
Sociologue, Marseille,  
Lyon.

**Guillaume Pegon,**  
Docteur en sociologie  
Psychologue clinicien  
de formation  
Handicap International

**Bertrand Ravon,**  
Professeur de sociologie,  
Université Lyon 2,  
Centre max Weber.

**En tant que sociologues chercheurs, tous impliqués à divers titres auprès de l'Orspere, nous revenons sur l'expérience publique que constitue la clinique psychosociale, ses enjeux, ses ressources et ses potentialités. Notre point de vue, précisément parce qu'il est doublement fondé sur une proximité politique et un décalage disciplinaire, a ceci de particulier qu'il permet de penser la clinique psychosociale comme le produit de controverses qu'il s'agit de continuer à faire vivre.**

## Lignes de force et reconfigurations Souffrances

Le carrefour de rencontres, de discussions et d'élaborations entre professionnels qu'a représenté l'Orspere durant plus de 15 ans est le plus souvent interprété comme une tentative de réponse aux interrogations des années 90 qui dans la foulée du livre de Pierre Bourdieu sur la Misère du Monde, avaient hissé la souffrance psychique d'origine sociale à la hauteur d'un problème public<sup>1</sup>. Il s'agissait en effet de renvoyer l'observation de troubles subjectifs et relationnels, d'une part, à la précarité des conditions objectives d'existence sociale (précarisation des populations, conditions de travail dégradées, logement indigne, voire vie à la rue, situation intenable des demandeurs d'asile, etc.) et, d'autre part, à des « sorties du social » (rupture de liens consécutives au chômage, au divorce, au décès d'un proche...).

Il s'agissait aussi de renvoyer cette observation à des « défaillances de l'environnement » (violence ou carence familiale, stress professionnel, ségrégation urbaine et scolaire). Ces troubles faisaient écho à une souffrance sociale d'un nouveau type dans les sociétés capitalistes

« largement moins accessibles à l'observation empirique parce qu'ils se manifestent dans le domaine psychique, de sorte que l'on ne dispose pour les appréhender que d'indicateurs cliniques »<sup>2</sup>.

Les actions qui commencent à se « faire » au nom de la clinique psychosociale et plus largement de la santé mentale participent peu à peu d'une nouvelle orientation des politiques publiques qui tend à identifier les facteurs de précarité en termes de pathogénèse ou de prodromes des troubles psychiques. Dans la foulée de ce recodage, des sociologues ont pu dénoncer ces actions au nom d'une nouvelle psychologisation des problèmes sociaux<sup>3</sup>. Au cœur de la critique, il est question des limites de la « politique de la compassion » à l'œuvre depuis les années 1990 dans les programmes humanitaires et les dispositifs d'urgence sociale. L'argument central porte sur la catégorie transversale de souffrance (sociale ou psychique) qui s'impose pour rendre compte des inégalités, des violences ou des injustices sociales et, ce faisant, masque l'asymétrie de la relation d'aide (en fait compassionnelle) entre intervenants et publics précaire<sup>4</sup>.

Inversement, dans une approche à la fois plus compréhensive et plus locale des pratiques, reposant notamment sur une articulation entre savoirs socio et savoirs psy, l'engagement des psys dans le champ social via la clinique psychosociale est décrit comme un nouvel opérateur critique des rapports de domination et de mépris social<sup>5</sup>. Les dispositifs d'écoute et d'accompagnement de la souffrance sont en effet autre chose qu'une simple affaire de sensibilité au malheur : ce serait dénier la dynamique de la rencontre et l'ouverture d'une possible conversation entre aidants et aidés ; le geste clinique peut également être regardé comme un mouvement dépsychologisant particulièrement attentif aux

pathologies sociales.

La catégorie de souffrance peut être alors reconstruite comme un analyseur clinique des rapports de domination sociale<sup>6</sup>.

## Professions

L'identification d'une souffrance d'origine sociale n'a pas été le seul déclencheur à l'origine de la création de l'Orspere. L'événement inaugural<sup>7</sup> met en scène dans une période marquée par le thème de « fracture sociale » des intervenants en panne d'action, affectés par la misère morale et ébranlés à la fois dans leur technicité et dans leurs idéaux d'intervention. Cette « souffrance des professionnels » a été décrite sous deux perspectives complémentaires. D'une part, les intervenants de première ligne n'ont plus qu'eux même à offrir dans la relation d'aide<sup>8</sup>. La rencontre avec le bénéficiaire devient l'objet même de l'action, du fait de la nécessité d'en faire un espace d'attention et d'échange, par lequel la confiance (en soi et dans les autres) peut de nouveau advenir, par lequel un à-venir de l'action reste possible. (Cf. l'une des premières études menées par le Crésal avec l'Orspere, consacrée au travail de « aller vers »<sup>9</sup>).

Ce travail de présence a obligé à revoir la partition entre disciplines, l'émotion suscitée par un tel travail relationnel n'étant réductible ni à ce que les sociologues critiques dénoncent habituellement comme de la compassion, ni à ce que les psys cliniciens nomment ordinairement le « transfert/contre transfert ». D'autre part, les intervenants étaient confrontés aux nombreux ratés des prises en charge institutionnelles. Peu soutenus par leurs supérieurs hiérarchiques, en quête d'un nouveau sens à donner à leur travail<sup>10</sup>, les professionnels du travail social et de la santé mentale n'ont pas été épargnés par l'extension et l'intensification du malaise au travail, déjà documentée par les analyses pionnières de C. Dejours<sup>11</sup>.

1. Rapport A. Lazarus, H. Strohl, « Une souffrance qu'on ne peut plus cacher », Février 1995.

2. A. Honneth, 2005, *la société du mépris*, La Découverte, p.322.

3. D. Fassin, 2006, « souffrir par le social, gouverner par l'écoute. Une configuration sémantique de l'action publique », *Politix*, 2/73, 137-157 ou 2005, *sociologie des lieux d'écoute*, La Découverte).

4. Didier Fassin, « La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent », Paris, collection « Hautes études », Gallimard/Seuil, 2010.

5. Clinique de l'infortune. La psychothérapie à l'épreuve de la détresse sociale, Emilie Herman Editions Le Seuil/ Les empêcheurs de penser en rond, Paris, mai 2004.

J. Ion et Al, 2005, Dunod, *travail social et souffrance psychique*.

A. Ehrenberg, 2010, *Société du malaise ou malaise dans la société*, Odile Jacob.

6. E. Renault, 2008, *Souffrances sociales Philosophie, psychologie et politique*, La Découverte)

7. Rapport H. Strohl-A. Lazarus, « Une souffrance qu'on ne peut plus cacher », Février 1995.

8. J. Ion et Al, 2005, *travail social et souffrance psychique*, Dunod.

9. Cf. B. Ravon (dir.), P. Pichon, S. Franguiadakis et C. Laval, *le travail de l'engagement. Rencontre et attachements : une analyse de la solidarité en direction des « personnes en souffrance »*, Rapport de recherche pour la Mire/Fondation de France, Saint Etienne, Crésal, Mars 2000.



## La sociologie dans le vif de la clinique psychosociale (suite)

10. B. Ravon, dir., avec G. Decrop, J. Ion, C. Laval, P. Vidal Naquet, *l'usure des travailleurs sociaux et épreuves de professionnalité. Les configurations d'usure : clinique de la plainte et cadres d'action contradictoires*, (Fév 2007-Mai 2008, Resp. B. Ravon), voir la synthèse. [http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/synthese\\_rech\\_ONPES\\_usure\\_TS\\_Ravon\\_et\\_al\\_.pdf](http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rech_ONPES_usure_TS_Ravon_et_al_.pdf)

11. C. Dejours, *Souffrance en France, la banalisation de l'injustice sociale*, éditions points, Février 2009.

12. Cf. Rhizome n°33, « prendre soin de la professionnalité », Décembre 2008.

13. C. Laval, *des psychologues sur le front de l'insertion*.

14. Cahiers de Rhizome n°25, « Réinventer l'institution », Décembre 2006.

Au fur et à mesure qu'elle s'expérimentait sur différents terrains, l'attention a de plus en plus porté sur une analyse plus pragmatique centrée sur les épreuves de professionnalité que traversent les intervenants notamment par le travail réflexif qu'ils mènent sur leurs propres actions. Documenter ces épreuves de professionnalité a été un chantier privilégié très investi par le pôle sociologique de l'Orspere. Partant des difficultés professionnelles trop rapidement réduites à de l'usure, l'apport de ces analyses sociologiques a été de mettre l'accent sur la nécessité de prendre soin de la professionnalité<sup>12</sup>, non pas dans une logique de prévention des risques psychosociaux (ce n'est pas le professionnel mais l'organisation qui est « malade » !), mais dans une logique d'analyse collective et réflexive du travail social et de la santé mentale en acte.



### Institutions

L'Orspere s'est développée, du point de vue du champ institutionnel en milieu médical relativement hostile.

Depuis 1980, le DSM 3 a posé dans le champ psychiatrique une démarche a-théorique, le but étant de faire entrer la psychiatrie dans une démarche de scientificité. Les neurosciences ouvraient un espoir faisant passer au second plan les perspectives psychosociales. Certes,

la chimie du cerveau avait fait des avancées conséquentes, mais après les déceptions de la « *brain decade* » (années 2000), le doute s'est installé dans la communauté scientifique quant aux résultats attendus comme l'absence également d'impact de la psychiatrie biologique en matière clinique et de réhabilitation psychosociale. Parallèlement, et dans un contexte de restriction budgétaire, la diminution des moyens hospitaliers a été telle que la famille, les institutions sociales et éducatives, la rue, la prison sont devenus des lieux où se sont densifiées les personnes atteintes de troubles psychiques plus ou moins sévères. A son corps défendant, la clinique psychosociale s'est ainsi trouvée dans une posture d'acteur de dernier recours.

L'histoire de l'Orspere est donc aussi celle d'une réponse doublement pratique (clinique et professionnelle) au problème de la souffrance, qu'il s'agit simultanément de comprendre comme une réponse *institutionnelle* à l'aune des transformations de la psychiatrie. Rappelons-nous des dispositifs variés de santé mentale qui ont proliféré à partir des années 1990, soutenus par une dynamique de l'alternative, dans une perspective de care en vis à vis des institutions de *cure*.

Ces dispositifs socio-psychiques se sont déployés aussi bien à l'école que dans le champ large de l'insertion<sup>13</sup> et plus largement dans les communautés de vie y compris maison de retraite ou prison. Mouvement de « l'aller vers », santé mentale communautaire, ateliers santé/ville, équipes mobile de psychiatrie, cette sortie, souvent sans filet, de l'institution-mère n'a pas été facile.

Il s'agit de pointer ici les tensions propres au travail créatif engagé dans la reconfiguration des pratiques<sup>14</sup>. Comment dégager des marges de manœuvre ? Comment inscrire les dispositifs dans une temporalité qui excède le temps de l'urgence ?

Comment soutenir une institution que d'aucuns jugent déclinante ou à tout le moins éclatée ? Comment aménager des interfaces disciplinaires qui apparaissent comme la seule voie véritablement collective de réinstitutionnalisation ?

### Une valse à 3 temps

L'expérience publique de l'Orspere s'est ainsi peu à peu dessinée, à travers l'articulation dynamique entre trois champs pratiques : le temps clinique de la présence à autrui, le temps collectif de la coordination professionnelle, le temps public de la santé.

### Présence

Le travail de la présence est la pierre angulaire des politiques sociales contemporaines, centrées sur l'accompagnement vers l'autonomie. Renonçant à l'idéal éducatif de transformation du sujet, les programmes d'action s'inscrivent dans une visée quasi thérapeutique de maintien, d'étayage ou d'empowerment des personnes vulnérables. Les intervenants travaillent en permanence à la reconnaissance et à la décence des personnes. Il s'agit moins de mettre la pression sur le sujet de la personne que d'essayer de travailler collectivement à la fois sur son parcours de vulnérabilité et sur les différents supports qui, dans ce parcours, la relient aux autres et à son environnement. Il ne s'agit plus de dire « *qui je suis, ce que j'ai perdu* » mais comment je peux m'attacher (à moi-même, aux autres, aux choses, à la société, au monde, etc.) au regard de la manière dont je pratique mes attachements aujourd'hui, comment je m'y prends et comment je fais pour (me) relier. Ce faisant, c'est la problématique même des personnes en situation de vulnérabilité qui dessine, dans la constellation des prises en charge, le sens de la circulation des intervenants (jusqu'à devenir une clinique des *parcours*).

## La sociologie dans le vif de la clinique psychosociale (suite)

15. G.Pégon, 2011 (thèse de doctorat en sociologie), *le traitement clinique de la précarité*, Université Lumière Lyon 2, Février 2011.

16. Par exemple, R.Castel, *la gestion des risques*, 1981. C.Lasch, *la culture du narcissisme*, traduit par Michel Landa, Paris, Champs-Flammarion, 2006, 332 p.

17. F.Gonon, « *La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ?* », *Esprit*, Novembre 2011.

18. H. Dorvil « Les inégalités sociales en santé. Le cas spécifique de la santé mentale.

[http://classiques.uqac.ca/contemporains/dorvil\\_henri/inegalites\\_soc\\_en\\_sante/inegalites\\_soc\\_en\\_sante.html](http://classiques.uqac.ca/contemporains/dorvil_henri/inegalites_soc_en_sante/inegalites_soc_en_sante.html)

Le territoire des personnes en souffrance et celui des dispositifs et collectifs d'intervention s'ajustent en permanence l'un à l'autre. Ainsi, le territoire d'intervention devient le lieu où vont se confronter les processus d'individuation liés à la perspective libérale véhiculés par une clinique par projets (être autonome et responsable, faire preuve d'initiatives, assumer soi-même les risques), et ceux liés à la perspective écologique véhiculée par une clinique des attachements (être bien attaché à ses supports, être socialisé en s'appuyant sur ses entourages locaux ou les différentes activités mises à la disposition de la personne<sup>15</sup>).

### Coordination

Plus que la somme des interventions (psychiatrie, psychologie clinique, travail social), c'est l'expérience constante de la coordination des intervenants qui permet de dessiner les contours de la protection de la personne, parce qu'elle atteste *hic et nunc* de la consistance pluraliste de la personne. Dit autrement, la reconnaissance du milieu d'autrui suppose qu'aucun savoir, aucune discipline, aucune doctrine ne prenne l'ascendant sur l'autre. Sous cette exigence, la complémentarité entre savoirs scientifiques et savoirs de terrain, entre savoirs cliniques et savoirs critiques, entre savoirs généraux et savoirs situés, est essentielle.

Ce lien affirmé entre les économies psychiques et les réseaux d'interdépendance entre humains (ici professionnels) est devenu au fil des ans, l'opérateur principal et le principe de cohésion sinon de cohérence du projet collectif de l'Orspere... *In fine*, le trait d'union durablement installé entre *psy* et *social* a donné la possibilité aux professionnels concernés par des situations dérangeantes et problématiques de s'affirmer, certes sous le drapeau de la clinique psychiatrique devenue

propriétaire du problème public de la souffrance psychique.

Reste à repenser dans le contexte actuel la tension réflexive entre engagement et professionnalité qui fonde la démarche éthique. Mais dans notre modernité avancée, elle soulève tellement de questions complexes (épistémologiques, politiques techniques, économiques) qu'elle nécessite un dispositif d'investigation collective et pluridisciplinaire qui fasse pénétrer des regards extérieurs à l'intérieur des institutions de soins. Dispositif ouvert aux autres (usagers et chercheurs) où se mène l'enquête au nom de tous ceux qui y sont engagés. En effet, si le souci de santé mentale est une production inhérente à nos sociétés modernes, là encore une perspective socio-historique<sup>16</sup> met régulièrement en garde sur le risque, en termes de fonctionnement démocratique, de considérer la société comme une patiente qui s'en remettrait à des experts *sachant*.

Face à la rhétorique réactionnaire d'une société malade, il convient d'organiser des lieux de confrontation ouverts et pluri disciplinaires qui permettent de mieux documenter les liens entre modèles de santé et modèles démocratiques.

### Santé publique

Ainsi, face à ce qui apparaîtrait comme une approche biologique « mono causale » et remédicalisante vis à vis du mouvement de désinstitutionnalisation, et qui plus est, qui commence à être dénoncée comme un « *bulle spéculative*<sup>17</sup> », l'approche en termes de santé publique s'avère intéressante à double titre. Corrélative et multicausale, elle tente de conjuguer une perspective systémique de transformation des déterminants sociaux avec une recherche d'objectivation scientifique. Elle tend à montrer que les inégalités sociales conjuguées aux inégalités sociales de santé sont défavorables à la santé mentale des plus pauvres<sup>18</sup>.

Elle permet ainsi d'élargir le rapport au savoir médico-psychiatrique et clinique à d'autres types de savoirs.

Pour autant, il est loisible de le constater chaque jour : l'administration de la preuve amorcée par la santé publique est nécessaire mais non suffisante. Toute corrélation attestée entre égalité et santé nécessite d'engager une enquête professionnelle patiente et approfondie, souvent longue et difficile, afin d'inscrire telle ou telle atteinte psychique sur l'agenda médiatique et politique mais aussi pour évaluer les types de réponse à promouvoir en vis à vis dont la réponse thérapeutique n'est pas la première à privilégier dans nombre de cas. Cette temporalité longue peut parfois prendre plusieurs décennies.

Le grand public via les médias et le personnel politique est encore séduit par l'explication biologique des troubles mentaux. Rappeler que les inégalités sociales cumulées durant le cours d'une vie rendent les gens malades comme rappeler que le tabac tue, peut prendre des formes discursives différentes à ajuster selon les époques. Ce travail de sensibilisation et de veille dépasse le temps d'une génération. Il nécessite donc de penser la question de la transmission en « *milieu professionnel* » comme un processus conjonctif entre le temps clinique de la présence et le temps à venir de la santé publique en tant qu'elle est la fabrique où se construit un temps public de santé. Tel nous semble un des défis majeurs pour demain. ■

# Conditions d'émergence et transport des idées dans le champ de la clinique psychosociale

**Béatrice Deries,**  
Sociologue,  
École Rockefeller, Lyon

**Alors qu'est posée collectivement la question de la transmission d'une « clinique psychosociale », nous pourrions remonter dans le temps, en amont de sa formalisation et de la circulation dans l'espace public de cette nouvelle appellation composée. Le détour par un domaine de recherche et d'action publique proche, dénommé ville et santé, dans la filiation duquel se reconnaissent certains acteurs de la clinique psychosociale, introduira quelques hypothèses sur les conditions permettant la continuation des engagements au-delà des « pionniers ».**

*Ville et santé* est ce nouveau couple sémantique dont l'expansion, au début des années 1990, met au jour une nouvelle préoccupation interdisciplinaire - l'urbanité en tant qu'elle est au cœur des questions socio-sanitaires.

En même temps il performe, dans les quartiers urbains en difficulté, depuis la sphère du social, un ensemble d'activités autour de la santé (de la réduction des risques liés aux usages de drogues aux interventions sur l'habitat...) auquel il serait vain de chercher à donner une bonne fois pour toutes un contour institutionnel ou professionnel. Croisement singulier de circonstances biographiques, politiques et historiques rompant avec le processus de longue durée des institutions, nous allons voir que les « conditions de possibilité » de ce tournant innovant des politiques publiques portent en elles la question de la pérennisation des expériences.

En reconstituant les trajectoires de quelques auteurs associés à sa publicisation (Lazarus, Joubert, Bertolotto, Schoene, Arène, ...)¹, nous voilà ramenés au local, au commencement du DSQ², sur un site urbain qui n'est pas n'importe lequel, le quartier du Franc-Moisin à Saint-Denis. S'il compte parmi les « hauts

lieux » de cette expérience publique, c'est par ses liens avec d'autres « hauts-lieux », comme avec l'administration centrale et les institutions de la recherche, par leur intermédiation. La composante biographique des re-problématisations y est ainsi mise en relief comme leur première condition de possibilité. Ces pionniers œuvrent en interne des institutions où ils font carrière, en y occupant des positions marginales mais reconnues par leurs pairs pour leur relation avec certains milieux ; ou ils agissent entre les institutions à partir de professionalités hybrides, construites sur des parcours sinueux, leurs trames biographiques sollicitées par l'action collective ouvrent les mondes l'un à l'autre, là précisément où les institutions sectorielles avaient instauré des cloisonnements.

« Celui que l'on appelle inventeur, c'est quelqu'un qui dit le premier d'une manière compréhensible ce que tout le monde est déjà capable d'entendre, sinon on ne le comprendrait pas et on ne l'appellerait pas inventeur », écrira en parlant de lui l'un des préfigurateurs des actions *ville santé*, co-auteur d'un rapport interministériel ayant tiré en partie sa substance du travail réalisé sur le quartier évoqué précédemment³. Ainsi, les engagements biographiques doivent être replacés dans le contexte historique qui les porte, celui-ci constituant une deuxième condition de possibilité. Le retour de la santé dans les approches de la question sociale urbaine émerge très précisément de ce qui ne fait plus permanence dans les rapports entre l'urbain, le social et la santé.

Une nouvelle conjoncture épidémiologique et sociale s'est ouverte dans la décennie 1980 qui met en crise les référentiels et la capacité des institutions à faire face. Les expérimentations locales s'engagent sur fond de transformation générale du paysage sanitaire et social.

Le « quartier laboratoire » mis sur pied par un collectif de chercheurs et de professionnels sociaux et médico-sociaux, au Franc-Moisin comme alors dans bien d'autres villes, est incontestablement la troisième condition de possibilité de l'émergence d'un problème public aux confins de l'urbain, du social et de la santé⁴.



« J'avais le gros avantage d'offrir aux chercheurs un terrain d'expérience. J'étais intéressant pour eux, et eux-mêmes l'étaient pour moi. »

En faisant remonter l'interpellation reçue de sa direction de l'urbanisme jusqu'aux laboratoires et universités de Seine-Saint-Denis, ce médecin-directeur de la santé va se frotter à une nouvelle culture de santé publique.

La genèse de cette expérience montre que les trajectoires personnelles n'agissent pas en elles-mêmes mais dans leurs interdépendances au sein de dispositifs réflexifs. Sociologues venus de l'extérieur et cliniciens installés à l'intérieur expérimentent et conceptualisent ensemble de nouvelles façons de faire tant en sociologie qu'en médecine sociale ou dans le soin psychique.

Par ses ramifications extra-locales, le dispositif assure le transport des idées⁵ vers des lieux où se construisent les référents des politiques publiques, telle la Coordination Nationale des Réseaux ou les séminaires nationaux *ville et santé*

1. Deries B., *La santé communautaire dans la politique de la ville. Genèse et récits d'expérience*, Thèse de doctorat de sociologie, Université Lumière Lyon II, 2008, 474 p.

2. Politique de Développement Social des Quartiers, initiée à partir de 1983.

3. Antoine Lazarus, « Une souffrance que l'on ne peut plus cacher », *Réflexions sur la genèse d'un rapport et son impact, deux ans après*, in *Actes du colloque Souffrance psychique, contexte social, exclusion*, ORSPERE (Bron) 1997.

4. Bertolotto F., Bouhnik P., Joubert M., *Quartier, Démocratie et Santé*, Paris, l'Harmattan, 1993.

5. Callon M., « Ni intellectuel engagé, ni intellectuel dégage : la double stratégie de l'attachement et du détachement », *Sociologie du travail*, 1999, n°41, p. 73.



## Une rupture de génération ?

**La psychiatrie est à un tournant. Elle n'est d'ailleurs pas la seule à se trouver dans cet état... Et on entend comme un bruit de fond le « c'était mieux avant »...**

**Olivier Querouil**  
Paris

Mais de quel avant parle-t-on ? Quelques chiffres pour se souvenir de la transformation de la psychiatrie depuis la guerre, à travers l'évolution du nombre de psychiatres et de leur mode d'exercice.

La psychiatrie sort traumatisée de la guerre, qui a vu mourir de faim et de mauvais traitement près de 40 % des malades hospitalisés, et porte un regard critique sur des pratiques qui ont rendu possible un tel désastre. De la fin de la guerre à la fin des années 60, le nombre des psychiatres double, passant de 1000 à 2000, travaillant pratiquement tous en établissements.

La découverte de nouveaux médicaments efficaces, le renouveau de la réflexion introduit par le regard porté sur l'institution (mouvement de la psychiatrie institutionnelle), l'arrivée en force d'une psychanalyse créative et dynamique, l'attention nouvelle portée au malade transforment radicalement les conditions du soin et attirent massivement une nouvelle génération de psychiatres : à la fin des années 70, il y a près de 12000 psychiatres, (6 fois plus !), travaillant aux 2/3 à l'hôpital. Et l'Etat se dote d'une orientation politique en la matière : le secteur psychiatrique est une organisation territoriale de la santé, permettant de prendre en charge les patients dans

un dispositif intégré, comportant l'hôpital et l'ensemble des dispositifs d'accompagnements dans la vie de la cité.

Ces nouveautés permettent des résultats très significatifs, qu'on peut relever notamment dans l'amélioration très importante de l'espérance de vie des malades, et la transformation des prises en charge : la « *file active* » hospitalière comporte moins de primo-admissions que de réadmissions pour soins, pour une maladie qui devient chronique, et dans bien des cas permet aux patients de vivre une large part de leur vie dans des conditions à peu près « normales ».

*A partir des années 90, la politique de l'Etat change progressivement.*

Il y a un regard plus critique sur la psychiatrie : si la politique de secteur est toujours la doctrine officielle, elle est loin d'avoir été mise en œuvre partout, parce qu'elle très exigeante et bouleverse les pratiques routinières. Une large part des structures hospitalières reste très traditionnelle, avec des écarts considérables entre les pratiques et l'offre de soins (voir les travaux de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale qui fait un état de lieux sans concession). Les préoccupations de financements prennent le dessus, dans un contexte de mutation économique durable. Il faut le dire aussi, l'administration se désintéresse assez largement de la psychiatrie, et les fièvres qui agitent le milieu n'encouragent pas le travail de fond.

*En parallèle, le monde des psychiatres évolue* : une forte remédicalisation des études modifie le regard porté sur la maladie psychiatrique : le regard est plus clivé entre l'approche proprement médicale, et l'approche plus sociale qui est renvoyée au droit commun. L'hôpital de secteur est toujours un peu compliqué, et on observe une désaffection vis-à-vis de la pratique de terrain. La pratique privée a fait une entrée en force, puisque sur les 14 000 psychiatres actuels, plus de la moitié exerce dans le privé, ce qui est en soi un signe très fort d'une transformation majeure de l'éthique professionnelle.

*Enfin, l'évolution démographique* : le nombre des psychiatres en activité peut être estimé sans grande difficulté par les effets du numéris clausus : il va se situer autour de 10 000 vers 2020, ce qui est un certes un repli, mais ce n'est pas non plus le désastre. La question du nombre ne peut être séparée de la finalité : 10 000 psychiatres pourquoi pas, mais pour qui et pour quoi faire ? Avec quels moyens, et sur quel programme ? La remontée de la question sécuritaire ces dernières années à partir de quelques faits divers montre que la question est loin d'être tranchée...

1970, c'était il y a 40 ans. La moyenne d'âge des psychiatres n'a cessé d'augmenter, nous vivons un moment très particulier qui est celui de l'arrivée en masse à la retraite d'une génération de médecins et de personnels soignants qui avaient un fond culturel et professionnel en commun. Le départ à la retraite concerne plus de la moitié de la profession sur 10 ans.

Quels vont être les effets de ce changement de génération ? C'est difficile à dire mais on peut penser qu'ils seront importants, car ils se situent dans un tout autre contexte socio-économique et que la demande vis-à-vis du service public évolue, tout en restant forte.

Une autre génération de soignants arrive. Elle semble revenue en partie d'un certain scientisme. En effet, une génération de médecins formés pendant les années 1990 s'est trouvée en difficulté face aux réalités de la clinique.

Cette situation va demander des choix. Si les médecins, pour des raisons de revenus ou de confort, s'orientent plutôt vers la pratique privée, la psychiatrie publique devra redéfinir ses missions, tout comme la Sécurité sociale qui solvabilise les dépenses de soins et prend en charge les pathologies les plus lourdes.

C'est de ce passage que Rhizome essaye de rendre compte, non sans craquements et souffrances, mais sans nostalgie. Mais on le voit : le « *c'était mieux avant* » est pour une large part imaginaire, dans un système en perpétuelle mutation. ■



# Une stratégie pour impulser le travail en réseau autour de la souffrance psychique

## L'expérience du groupe d'appui psychiatrie et action sociale en Seine Saint Denis

**Bernard Kirschen,**  
*Délégué territorial  
Seine-Saint-Denis,  
ARS Ile de France*

**Pilar Arcella-  
Giroux,**  
*Médecin référent santé  
mentale et addictions,  
Délégation territoriale  
Seine-Saint-Denis,  
ARS Ile de France.*

**En 2004<sup>1</sup>, la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, DDASS, de Seine-Saint-Denis lançait un « processus de concertation santé mentale et action sociale » auprès des acteurs sanitaires et sociaux du département. Cette initiative était motivée par des constats partagés autour d'une augmentation notable du nombre des personnes dans une grande souffrance psychique en lien avec l'accroissement des inégalités sociales (chômage, nouvelles formes de management, précarité au travail, problèmes de logement, pressions accrues à la performance et à la réussite scolaire et au travail...).**

L'impact de cette souffrance était identifié tant sur l'accompagnement social de ces publics, devenu plus difficile pour des travailleurs sociaux peu formés aux questions afférentes à la souffrance et aux troubles psychiques, que sur les files actives de la psychiatrie avec une augmentation des mêmes listes d'attente.

Par ailleurs, concernant les personnes confrontées à des pathologies ou en souffrance psychique et en situation de grande précarité<sup>2</sup>, si certaines pouvaient bénéficier d'un soutien thérapeutique régulier, d'autres en revanche n'étaient pas suivies par les services de santé mentale.

Les objectifs donnés à la démarche de concertation visaient à consolider le partenariat entre les établissements de psychiatrie et les structures d'action sociale en développant les réponses en réseau aux besoins des personnes en situation de fragilité psychosociale.

La stratégie retenue a été la mise en œuvre d'un processus de concertation sur l'échelon du secteur

de psychiatrie adulte. Pour soutenir ce processus a été organisé un « Groupe d'appui » intégrant deux représentants de la DDASS 93, quatre représentants des deux établissements de psychiatrie présents sur le département, deux représentants de la Direction de la prévention et de l'action sociale du Conseil Général, la responsable du Comité de liaison et de coordination des services sociaux Clicoss 93<sup>3</sup>, un représentant de la Mission de prévention des conduites à risques du Conseil Général, un représentant d'Interlogement 93 (en charge de la coordination de l'hébergement d'urgence), un représentant de la FNARS 93 et deux personnes qualifiées dans le département.

Très rapidement, ce groupe d'appui a identifié la nécessité de travailler autour des modalités de collaboration entre les services de santé mentale et les dispositifs d'action sociale, très inégales dans le département, afin de faciliter à la fois une sensibilisation des travailleurs sociaux à leur rôle dans le champ de la santé mentale et une amélioration de la disponibilité et de la mobilité des secteurs psychiatriques.

Pour œuvrer dans ce sens, quatre axes de travail ont été retenus : le soutien à la mise en place d'équipes mobiles psychiatrie précarité ; la création d'une « Formation santé mentale et action sociale » à l'EPS Ville Evrard à l'intention de tous les acteurs sociaux du département ; l'organisation d'activités de communication sur l'articulation psychiatrie et action sociale (déjeuner débat, journée d'étude) ; et, enfin, l'impulsion d'une démarche de concertation locale dans des territoires relevant de la compétence des secteurs du CHI Robert Ballanger d'Aulnay-sous-Bois et du secteur 93 G 18 de l'EPS Ville-Evrard de Neuilly-sur-Marne.

Un binôme composé par un représentant de la DDASS

et un des membres du groupe d'appui animaient les démarches de concertation locale dans les secteurs volontaires. Ces réunions, organisées à l'échelle d'un secteur de psychiatrie pour adultes, concernaient les services et établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux implantés dans le territoire considéré, composant ainsi des groupes de 15 à 20 professionnels par territoire. Le but était de soutenir le démarrage de projets locaux tendant à améliorer les partenariats autour de la question de la souffrance psychique.

Au fil des années, l'instauration des concertations locales a en particulier impulsé le développement des réunions pluri-professionnelles de type RESAD<sup>4</sup> (Réunions ou réseaux d'évaluation des situations d'adultes en difficulté) et, sur l'un des secteurs, la mise en place d'une instance de concertation plus permanente, « Concerto », se proposant d'assurer une veille sanitaire, d'organiser des rencontres sur des thèmes fédérateurs et de monter d'autres projets de soins.

Le travail autour des Equipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) a facilité la création de trois EMPP et d'une Permanence d'accès aux soins de santé, à savoir la Pass Psy à Ville Evrard. La première unité mobile de la Seine-Saint-Denis, l'EMPP du nord-est du département rattachée à l'hôpital Robert Ballanger, a été créée en octobre 2006. Un second projet sur le sud-est du département, l'EMPP « La Cordée », a suivi à l'hôpital Ville-Evrard en septembre 2008 et sur le même établissement a démarré en septembre 2010 l'EMPP « La Boussole ». Deux autres EMPP devraient être créées dans les années à venir afin de couvrir la totalité du territoire.

1. Depuis la Délégation Territoriale de la Seine Saint Denis de l'Agence Régionale de Santé a repris le pilotage.

2. Un tiers des personnes sans abri souffre de troubles psychiques graves (Enquête Samenta, Observatoire du Samu social 2011).

3. A l'époque actif sur le département.

4. Il y a actuellement 15 RESAD actives sur le département dont une intercommunale.



## Une stratégie pour impulser le travail en réseau autour de la souffrance psychique (suite)

5. Le Dr Philippe Leborgne et Mme Clothilde Calvier.

Ces EMPP s'adressent essentiellement aux personnes en difficulté sociale, souffrant de troubles psychiatriques et ne sollicitant habituellement pas la psychiatrie mais qui sont signalées par les partenaires sociaux et sanitaires comme nécessitant des modes d'intervention ajustés. Les équipes travaillent, d'un côté, auprès des professionnels pour leur fournir une aide à l'évaluation et du conseil sur les pratiques et, d'un autre côté, auprès des usagers eux-mêmes, souvent non demandeurs d'emblée, afin d'aller vers eux et leur proposer, le cas échéant, une prise en charge adaptée. Par ailleurs, avec les professionnels et autres aidants, les EMPP établissent un fonctionnement en réseau impliquant notamment les services de soins du secteur psychiatrique, les structures d'hébergement et de logement, les services socio-éducatifs, la PASS psy et le Samu social.

Quant à la formation au repérage de la souffrance psychique, appelée « Action sociale et santé mentale » et destinée aux professionnels de l'action sociale, elle a touché près de 460 professionnels ces six dernières années. Cette formation, d'une durée de 6 jours, peut être qualifiée de formation-action dans le sens où elle vient en appui à la démarche globale d'amélioration des partenariats entre l'action sociale et la psychiatrie de Seine-Saint-Denis. Les éléments d'évaluation recueillis mettent en évidence notamment une évolution des représentations concernant les soins psychiatriques et la maladie mentale ainsi qu'une ouverture vers les occasions d'évoquer des situations ou des expériences communes avec les partenaires.

Le développement d'une vision partagée entre les membres du groupe d'appui contribue à faire évoluer autrement les modes de collaboration. Ainsi, rapidement, les 3 EMPP et la PASS Psy se sont constitués en groupes de coordination psy-précarité 93. Ils se réunissent à rythme régulier et étudient les questions liées au recueil de données et à l'identification des indicateurs d'évaluation adaptés à la complexité de leurs interventions.

Actuellement, le groupe d'appui psychiatrie et action sociale travaille à la restitution de l'évaluation de l'action formation et à la mise en place des éléments de suivi des EMPP ainsi qu'à l'impulsion des actions de coordination autour des problématiques liées au logement et à l'hébergement. Une évaluation transversale des RESAD du département est aussi actuellement à l'étude.

Le travail du groupe d'appui a continué malgré les transformations intervenues au niveau de la DDASS avec le passage à l'Agence Régionale de Santé et le départ du médecin et de l'inspectrice à l'origine de l'initiative<sup>5</sup>; au niveau des deux hôpitaux avec des changements de direction et de présidents des CME ; et, enfin, au niveau du Conseil Général avec l'arrêt du Clicoss 93.

Si le Groupe a ainsi réussi à se maintenir mobilisé, c'est sans doute grâce à l'engagement de chacun de ses membres mais aussi, fort probablement, à la cohérence des actions entreprises et à la forte stratégie de coordination entre les acteurs utilisée depuis ses débuts.

La dynamique qui s'est enclenchée correspond à une vision de la santé mentale comme une problématique complexe qui concerne des acteurs avec des domaines de compétence très diversifiés. Avec la montée des inégalités sociales de santé, la coordination intersectorielle entre ces acteurs est devenue non pas une option mais une urgente nécessité.

En termes de gouvernance, le groupe d'appui coordonné par la Délégation territoriale implique un effort pour améliorer l'interaction entre l'expertise des professionnels et le contexte organisationnel. Le cadre largement participatif du groupe facilite un processus dans lequel l'échange de connaissances et d'expériences de terrain est central. En même temps, l'intersectorialité du groupe permet à ses membres de compléter leur expertise et d'étendre leurs perspectives sur l'analyse des difficultés et des opportunités d'innover pour des réponses mieux adaptées.

Dans les faiblesses identifiées, apparaît en premier la difficulté de maintenir la personne concernée par le travail de réseau dans la mesure où elle n'apparaît pas systématiquement comme un partenaire à part entière mais plutôt comme la bénéficiaire finale de la démarche. Enfin, une préoccupation additionnelle, autour de l'implication des nouvelles générations de psychiatres et des acteurs sociaux a déjà été exprimée au sein de groupe et tout particulièrement par la Direction de l'hôpital Ville Evrard qui souhaite intéresser ses jeunes médecins à ce type d'initiative. ■



## L'accompagnement social ? Du temps, de l'espace et de la créativité...

**Joanna Dyduch,**  
Assistante sociale,  
Médecins du Monde,  
Strasbourg

**« J'ai bien compris que vous ne pouviez rien faire pour moi et tant pis... Mais excusez-moi Madame de vous poser cette question : à quoi sert une assistante sociale ici en France ? ».**



Oui, à quoi sert-elle si elle ne peut aider à obtenir un logement, un travail ou une aide financière, me demande ce monsieur originaire de Bulgarie. En effet, quel sens prend le travail social auprès d'une personne qui n'a pas accès aux droits français ? Peut-on parler d'accompagnement social ?

Notre centre de soins accueille un public en situation précaire, n'ayant pas la possibilité de se soigner. Il s'agit en grande partie de personnes en exil, avec une autorisation de séjour temporaire ou, bien souvent, en situation irrégulière.

Une aide médicale est attribuée par l'Etat sous la forme d'une enveloppe budgétaire, pour permettre aux personnes en situation irrégulière de se soigner. Cependant, sans autorisation de travail, tout autre droit reste inaccessible.

Alors dans notre centre de soins, une demande dite « sociale » accompagne toujours la demande médicale, parfois même, la supplante. De fait, quotidiennement, le travailleur social explique aux nouveaux venus ce qu'il leur est possible d'obtenir mais le plus souvent, ce qui ne l'est pas.

Pourtant, dans notre centre de soins, s'il est possible de formuler une demande dite « sociale », c'est bien parce qu'un « travailleur social » est lui payé pour la traiter. Le contenu d'une formation de Thérapie Communautaire Intégrative (TCI)<sup>1</sup> parlait d'écoute, de groupe, de prendre soin de soi pour prendre soin des autres. Des aspects qui ne semblent pas a priori correspondre à ce que l'on attend d'une assistante sociale. Pourtant, participer à cette formation était une manière de se rapprocher de ce que nous désirions : travailler autrement.

En tant que travailleurs sociaux, nous étions particulièrement touchés par la situation des

femmes, sûrement parce que nous partageons cette condition féminine, mais aussi notre solitude, dans le cadre de notre travail.

Nous souhaitions sortir de la pression du flux des demandes quotidiennes et de la difficulté à y répondre, de la verticalité des entretiens en face à face où ne se rencontrent que les modalités d'une demande et d'une offre.

Nous rêvions d'un endroit où l'on prendrait soin de nous, où nous serions nous aussi écoutées, un endroit où l'on parlerait de ce corps qui encaisse le stress d'une journée de travail. Un corps nourri malgré lui de l'impuissance face à des situations inextricables et de l'incompréhension de ce que vit celui qui demande de l'aide.

Ce fût donc notre porte d'entrée vers la thérapie communautaire.

Armées alors de techniques d'animation d'un groupe, nous avons décidé de mettre en place en avril 2009, un groupe de parole à destination des femmes rencontrées dans nos structures respectives.

Il a fallu bien sûr, un accord préalable de nos supérieurs hiérarchiques pour que l'animation de ces groupes de paroles soit compris dans notre temps de travail. Seulement, cette proposition touchait d'une certaine manière à la façon d'envisager le soin : *les travailleurs sociaux peuvent-ils eux aussi, soigner à leur manière ?*

Du côté médical, certains ont émis une réserve quant à l'utilité d'un groupe de parole, d'autres au contraire, le pensait utile mais se demandaient si cela ne relevait pas plutôt du travail des psychologues.

Puis d'autres encore nous ont fait confiance, comprenant la

nécessité d'un espace d'écoute.

Nous avons choisi l'hôpital comme lieu car nous y avions une alliée de poids : la responsable du service social des HUS<sup>2</sup> – elle-même assistante sociale de formation. Elle a soutenu notre projet et l'a fait ainsi valider officiellement dans les activités de la PASS de l'hôpital, lieu de soin de droit commun.

Aujourd'hui, les groupes sont ouverts aux femmes isolées, en situation d'exil et rencontrant une problématique de santé et d'accès aux soins.

Il nous aide à être avec, prendre un temps, entendre, comprendre, accompagner, supporter ensemble. Il est une co-construction entre les femmes et nous qui nous permet d'assurer cette présence stable, sur laquelle elles peuvent compter.

Nous nous offrons les moyens d'être à l'écoute des rythmes de chacune : les leurs mais aussi les nôtres.

Nous faisons de ce groupe notre moyen de résistance aux logiques de rentabilité et d'efficacité, aux logiques d'urgence ainsi qu'aux orientations et aux logiques des politiques migratoires avec lesquelles nous sommes parfois en désaccord.

L'accompagnement social n'est pas à mes yeux là où se traite l'essentiel du soin, mais me semble incontournable pour traiter de cet essentiel. Par conséquent, il fait partie intégrante du soin. Il est un chemin.

J'y vois une petite victoire que celle de penser à la venue de ces femmes à l'hôpital, non pour chercher des médicaments mais pour se soigner par le tricot, la danse, le maintien des liens au travers de petites solidarités et quelques nouvelles amitiés. ■

1. Voir A.BARRETO in Cahiers de Rhizome n°43, « La mondialisation est un déterminant social de la santé mentale », Janvier 2012.)

2. HUS : Hopitaux Universitaires de Strasbourg

# L'aide psychosociale et le temps comme outil de travail

## Expérience avec les enfants dans les rues au Bénin

**Hermann Hessou**

*Psychologue,  
coordinateur des équipes  
Terres Rouges, Cotonou  
(Bénin).*

**Une trajectoire professionnelle ne vient pas du hasard dans la pratique clinique. On devient psychologue, psychothérapeute... pour des raisons que l'on sait ou qu'on ne sait jamais. Ce n'est jamais pour rien.**

Une accroche, une conviction, une dette à payer ou simplement une réparation, c'est le fil de ma rencontre par le biais de l'association Terres Rouges avec des enfants des rues qui ont vécu des expériences difficiles, confrontés parfois à de profonds abîmes dans leur existence. L'association Terres Rouges travaille actuellement en Afrique de l'Ouest, notamment au Bénin.

Quand je parle de la rue dans notre contexte de travail, c'est principalement du marché de Dantokpa de Cotonou et de ses abords. C'est l'endroit où sont présentes des activités économiques auxquelles ils se livrent pour survivre. Ils courent les rues d'autres villes du Bénin comme Porto Novo, Parakou, Malanville (frontière avec le Niger), Sèmè (frontière avec le Nigéria).

Au sein de Terres Rouges, ce qui m'a personnellement mobilisé, c'est mon expérience avec le temps, c'est l'assurance de savoir que nous ne sommes pas dans l'immédiat, que nous ne travaillons pas dans une temporalité contrainte, sans quoi notre pratique serait réduite à des calculs, une pratique au service de l'homme machine. Dans notre association, le psychologue n'est pas dans une obligation de résultat. Il peut donner du temps au temps, et le mettre au service de la qualité de la relation d'aide. Il a besoin du temps qui compte pour chaque patient et qui compte pour lui afin de réfléchir suffisamment à sa pratique. C'est l'expérience que le dispositif Terres Rouges nous permet et dans lequel on peut se sentir réellement mobilisé en tant que praticien. Un centre d'accueil de

jour pour enfants de rue, à bas niveau d'exigence, un peu plus souple sur le critère de l'âge c'est-à-dire n'excluant pas d'office les jeunes de plus de 18 ans, offre une disponibilité psychosociale aux demandes de ces derniers. La devise de ce dispositif est le temps suffisant pour chaque jeune, un temps respectueux pour que la relation d'aide puisse se déployer. Au départ, le Centre a donc été créé pour accueillir des enfants qui ont déjà fait l'expérience d'échecs professionnels ou d'échecs de réinsertions trop rapides du fait des temps institutionnels qui ne suffisaient pas pour accueillir leurs demandes profondes. Il s'est ensuite élargi au tout-venant de la rue.

Qu'est-ce qui détermine à ce point un enjeu sur la question du temps dans le domaine de la protection des enfants vulnérables ? C'est le souci de la rentabilité dans une modernité où le succès est rapidement monnayable. Les bailleurs de fonds, les donateurs veulent rapidement des résultats pour se réjouir du bon emploi de leurs dons. Les structures veulent rapidement des résultats pour satisfaire leurs bailleurs. Ce faisant, pour continuer d'exister, des structures deviennent sélectives dans leurs critères d'accueil. Elles vivent d'abord pour elles-mêmes, moins pour ceux qu'elles accueillent. Elles évitent le temps long avec les enfants qui comporte toujours un risque d'usure et ont moins de disponibilité pour ceux qui en demandent plus. Elles sont prises dans les contraintes des enjeux actuels du monde. En miroir, elles vivent la pression des institutions d'aide financière qui sont accrochées aux chiffres. Elles sont tenues de survivre par les chiffres ; donc il s'en dégage un phénomène en cascade où la relation d'aide est chiffrée ou mise en courbe statistique. Une relation d'aide sur mesure est proposée en lieu et place de la finesse ou de la délicatesse d'une pratique psychosociale

qui tient compte des réalités et des demandes de l'enfant ou du jeune. Les revers..., ce ne sont pas seulement les cibles prises en charge qui sont victimes de ce temps compressé, mais ce sont aussi les professionnels pris dans l'engrenage des déceptions, de l'épuisement inhérents à cette pression. Ils souffrent dans leur pratique parce qu'elle est taillée dans des mesures qui souvent ne sont pas les leurs. La question du temps est une sérieuse préoccupation de notre monde actuel, elle ne donne pas facilement place à l'humain, l'attention clinique patiente face à la souffrance humaine en fait les frais. C'est un débat que j'estime important dans le domaine de l'aide aux souffrances psychiques d'origine sociale.

Lorsqu'ils sont exclus des dispositifs institutionnels pour une question de temporalité, des jeunes s'enfoncent dans une spirale de désespoir, d'agressivité qu'ils retournent parfois sur eux-mêmes, ils sabotent les liens avec leur environnement, ils deviennent insupportables et entrent encore plus dans la marginalisation. Leurs souffrances au monde sont palpables, beaucoup sont porteurs d'une mort silencieuse. Il me semble que notre responsabilité à l'égard de ces vies en exclusion consiste à préserver des outils et des modalités de travail respectueuses, comme un cadre institutionnel où la temporalité du séjour ou de l'accueil est adaptée au temps psychique de l'enfant.

Le jeune psychologue a besoin d'un temps qui le mobilise dans sa pratique professionnelle, pas d'un temps qui l'instrumentalise. Ce qui protège le psychologue de ce risque d'instrumentalisation, c'est une dimension du travail dont on parle peu, je la nommerai la force de la conviction, on pourrait aussi l'appeler le désir de travail. Travailler avec des cibles aussi difficiles que les nôtres dépend de notre degré



## L'aide psychosociale et le temps comme outil de travail (suite)

de conviction. La conviction ici se construit sur l'assurance et l'espérance d'un travail dégagé d'une obligation de résultat. Seule, l'obligation de moyens devrait compter. Construire une stabilité pour des enfants ou adolescents qui ont tellement fait l'expérience des ruptures ou des séparations demande beaucoup de tolérance et de patience face à l'instabilité. Ces instabilités durent parfois des années, il faut les comprendre, accepter les échecs et croire à l'avancement possible. Ce n'est qu'à ce prix que la réparation est possible.

Si la perspective professionnelle du travailleur social ou du moins du psychologue n'est pas soute-

*l'endroit où il l'a porté, et cela malgré que cet éducateur peu de temps avant ait décidé de le faire sortir de la rue en raison de sa souffrance. Ce garçon paradoxalement ne pouvait que rendre sa souffrance de cette manière à l'intervenant. Il était rempli de douleurs et quand il a choisi de frapper, c'était sa manière d'interpeller fort l'éducateur sur la souffrance qu'il porte à l'intérieur de lui. Il l'a passée de son corps au corps de l'intervenant, celui-ci est malheureusement éprouvé mais sur le plan du transfert interpellé. Sur le coup, le jeune a décidé de repartir dans la rue. Le lendemain, le même éducateur était à nouveau « à son chevet dans la rue ». Quand le jeune le vit, il choisit de lui offrir un café, symboliquement*

dans une histoire personnelle en écho aux trajectoires de certains de ces enfants. D'autres professionnels parlent parfois de dette à payer. Ce que je retiens, c'est que j'ai été dérangé, accroché, interpellé par des jeunes en miroir à ma propre trajectoire de vie. C'est un idéal qui pousse à travailler dans ce domaine, mais il ne suffit pas pour garantir la tenue d'une juste place dans la relation d'aide avec ces jeunes. Il doit être constamment questionné par un travail quotidien sur soi, un travail en équipe, un travail de supervision.

Si ces précautions ne sont pas prises, le vécu subjectif des soignants les conduit parfois



nue par une conviction, il rencontrera dans sa pratique l'usure, la fatigue ou l'épuisement. La conviction est une force qui pousse en avant malgré les difficultés. Dans certaines modalités de contre-transfert avec des jeunes, il n'y a qu'elle qui permet de résister aux dépôts de souffrances. Confrontés à une cible parfois très violente, on « risque » sa propre vie pour en raviver une autre. Il faut pouvoir l'accepter comme ça, dans une conviction !

*« Un jour, un jeune a porté un coup extrêmement violent sur la poitrine d'un éducateur après l'avoir ligoté devant ses pairs, ... presque une humiliation pour ce dernier ! C'est un coup mortel à*

*une façon de réparer son acte, mais aussi de renforcer la contenance de l'éducateur, ... un peu comme pour dire : sois fort pour moi ! ».*

Enfin, la rencontre avec la pratique psychosociale est tout à fait singulière à chaque professionnel même si elle se noie dans les objectifs que poursuivent les institutions d'aide. On ne sait peut-être pas totalement ce qui suscite cette rencontre, mais il est important d'y réfléchir car lorsque ces raisons ne sont pas réfléchies, elles interfèrent dans la relation d'aide, du moins dans les contre-transferts avec les sujets. Dans le jeune parcours qui est le mien, une raison me pousse, il s'agit d'un désir de réparation

dans des formes de défense très violentes. Combien de fois, n'avons-nous pas entendu des professionnels dire à des jeunes venant de familles aisées : « tu dois retourner à la maison parce tu as tout pour réussir ta vie dans ta famille » ? Ils déniaient totalement la vie psychique en conflit chez ces jeunes en raison de jalousies liées aux conditions dures qu'ils ont connues dans leurs propres trajectoires. Leur désir de réparation personnelle est tel qu'ils se projettent dans les conseils aux enfants. La vraie éthique de travail consiste à pouvoir inscrire ses interventions dans une pratique cadrée au service du jeune, de sa singularité. ■

## Les possibilités d'une rencontre : L'expression d'une compétence en humanité

**En tant qu'infirmier en santé mentale, je constate qu'il existe autant de « personnalités soignantes » que d'individus. Que l'on n'est pas seulement soignant tel que nous l'apprenons, mais aussi tel que nous sommes. Chacun développe, à partir d'outils relationnels communs, sa propre capacité à être en lien avec l'autre, patient.**

**Emmanuel Eparvier,**  
Infirmier DE  
en santé mentale,  
Hôpital St Jean de Dieu,  
Lyon

Être soignant sans faire l'économie d'être soi-même est une ressource pour la psychiatrie : si l'on considère la difficulté d'être en lien au premier plan de la maladie psychique, cette hétérogénéité relationnelle donne aux échanges de pouvoir varier humainement à l'infini, comme autant de chances, pour un patient, de redécouvrir et d'exprimer sa personnalité.

À cet égard, la sensation d'une « compétence en humanité » (soit la coïncidence de soi avec autrui,



1. FURTOS Jean (sous la Direction de) *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs*, Issy-les-Moulineaux, Masson, 2008, p. 12-22

2. Merci à Habiba DENDAH de me laisser parler de nous.

3. Jean-Claude METRAUX, *La migration comme métaphore, La dispute*, Paris, 2011.

4. Charles GARDOU, *La société inclusive, parlons-en !*, Èrès, Toulouse, 2012

dans un paysage à la fois intime et commun, conscient d'être du même monde), puisqu'elle mobilise au moins « deux » pour émerger, favorise naturellement le sentiment profond et rassurant d'être lié, et non plus seul, isolé. Son expression modifierait la qualité des échanges, et offrirait à la relation de soin de raccompagner le patient vers une

précarité psychologique normale et structurante, constitutive de l'être humain<sup>1</sup>, à la lumière d'être un semblable, reconnaissant en lui-même le sentiment qu'il y a toujours un autre, à l'ombre de qui se reposer.

### Une clinique du lien : le sourire d'Habiba<sup>2</sup>

Aujourd'hui, Habiba s'exprime grâce à un laser qui couronne sa tête et vient éclairer les mots sur une tablette disposée devant elle : ses mots à elle, ses choix, son avis sur tout, ses sentiments, ses émotions. Son esprit et sa conscience se divulguent aux yeux des autres par cette petite lumière rouge, qui prolonge son visage, son immense sourire et le reste.

Rencontrer Habiba, c'est d'abord être curieux, disposé à explorer son environnement immédiat, pour savoir de quelle manière être ensemble et communiquer, en acceptant que les modalités de l'échange soient extraordinaires. Trouver ce lieu commun nécessite de dire à haute voix ce que je comprends de son monde au fur et à mesure que je le découvre, pour vérifier auprès d'elle si ce que j'entends est juste ou non.

Si sa précarité est évidente, son sourire incarne alors parfaitement ce qui rend ici le besoin de l'autre si confortable : son sourire nous dit qu'il ne faut pas avoir peur, que je peux être maladroit, me tromper ou ne pas oser, et que ce n'est pas grave. Habiba prend soin de moi lorsqu'elle me sourit parce qu'elle m'accepte et me respecte tel que je suis. Elle me permet d'avoir peur « en toute sécurité », ayant toujours le choix, comme elle, d'aller plus loin dans l'écologie de l'autre.

Pendant tout ce lien, je ne peux pas comprendre Habiba sans elle. J'ai besoin d'elle pour prendre soin et l'accompagner. Si je ne rencontre pas Habiba en faisant cela, c'est moi qui suis handicapé, parce que je risque de faire mal, de faire « par charité », seulement pour moi-même.

Je compliquerais les choses à vouloir comprendre tout seul, alors que je peux rencontrer et faire à deux. La valeur ajoutée ici : ressentir cette compétence en humanité auprès de l'autre,

augmenter la connivence entre deux en souriant comme elle. Pour Habiba, c'est l'assurance d'être comprise et entendue, de pouvoir « être » et réaliser sa personnalité. Partager qu'elle est humaine, semblable et en bonne santé, en même temps que moi-même. Comprendre qu'il y a des situations où l'on a besoin d'un autre, qu'elles sont ordinaires à tous.

### Vivre dans un monde, et en être<sup>3</sup>

Cette précieuse clinique de la précarité donne les éléments d'une personnalité soignante plus fructueuse encore, en ce qu'elle va chercher en permanence chez l'autre le sentiment de vivre et d'exister<sup>4</sup>.

Être curieux et attentif, quel que soit l'endroit où la rencontre a lieu et où elle se reproduit. Refléter à haute voix ce qui est ressenti et subjectivement compris pour rechercher confirmation de l'autre sur ce qui est échangé. Il découle de ces « fondamentaux » une véritable complicité, un sentiment de connivence soignant-soigné qui transforme la situation de handicap de l'un en plaisir d'être avec l'autre.

Pour le personnel soignant, trouver la bonne distance, être professionnel ne définit plus ce qui nous éloigne, mais au contraire ce qui nous rapproche. La qualité du lien professionnel dépend alors de la possibilité pour cette compétence en humanité de ressurgir au sein de chaque interaction, depuis le rire dans les couloirs jusqu'aux sourires dans l'entretien.

Pour le patient, sa perception de lui-même peut se focaliser là où il est sujet de sa personne et non l'objet de sa maladie, selon ses propres ressources. Finalement, déborder du cadre pathologique qui s'est plus ou moins imposé jusque-là, retrouver la force et la joie d'un « chez-soi » permanent, avec vue imprenable sur d'autres, aux portes toujours ouvertes et leurs lumières accueillantes. D'entendre, dès l'hôpital, l'humanité frapper à sa porte. ■



## Que transmettre du travail de rue ?

**La question retient toute mon attention à l'heure des inégalités des moyens déployés dans les hôpitaux, des inégalités des politiques de santé dans les communes, des inégalités de l'accès aux soins des plus démunis ou des plus isolés, constatées au quotidien sur le terrain. Question difficile à traiter en quelques mots.**

**Carole Favre,**  
Infirmière,  
EMPP Cannes

Des changements multiples ont également affecté les pratiques soignantes soumises à cette diversité, sensibles aux débats cliniques et sociaux sur la question et parfois en proie à des manques de moyens ou à des incohérences institutionnelles.

S'il m'est aujourd'hui donné de laisser un témoignage de cette expérience d'infirmière de rue, c'est par deux approches que je souhaite l'aborder.

Une approche qui tend à développer un regard et une sensibilité clinique sur les personnes croisées, rencontrées comme les témoins d'une vie en dehors, d'une vie de dehors, d'une vie dehors. Comme si cette vie pouvait faire référence à une façon d'être au monde. Bien sûr il existe tant de manières de vivre l'« habiter », le « dormir », le « manger », l'« aimer », le « vivre » avec ou sans les autres, compagnons d'infortune, famille, professionnels divers.

Tant de façons de vivre la maladie, la peur, le désaveu de soi. Tout autant de choses qui participent à la modalité de la structure psychique, de la rencontre avec son propre corps, le désir, le déni, l'abandon, la survie.

Tant de façons de saisir la pluralité des situations et rendre aux individus leur singularité.

L'approche clinique se construit au fur et à mesure de la rencontre, de l'observation, des échanges entre professionnels. On repère que les lieux de vie des sans abris sont souvent associés à une histoire de vie, que la rue agit pour beaucoup sur la construction psychique du sujet et de ses défenses, de son

rapport à l'intime, conditionne ses relations aux autres, le soumet à des stratégies d'adaptation, le marginalise dans son rapport aux réalités normées des institutions : être à l'heure, être engagé dans un suivi social ou dans un soin, se projeter dans l'avenir...

Beaucoup de ces personnes sont en rupture de soins, les hôpitaux et les urgences se révélant bien souvent en inadéquation quant à leurs attentes et leurs besoins. Le temps opère au fur et à mesure sur elles des mécanismes de repli, de refus voire de déni des conséquences psychiques et physiques probables ou manifestes, inhérentes à la vie dans la rue. L'individu se vit comme un étranger face à un monde étranger à lui-même. La rue s'est refermée sur lui et il ne parvient plus à s'y projeter en dehors.

A l'hôpital, il arrive que les sans abris ne soient pas traités tout à fait comme des patients classiques, en psychiatrie ou ailleurs. Résistance que l'on sait pouvoir s'expliquer de multiples façons : incompréhension, gêne, peur, manque de temps, clivages des sujets et des problématiques... Ce n'est pas à la clinique qu'il revient de répondre seule à la stigmatisation de ces patients. Et pour cause. Il n'existe aucun médicament contre la désaffiliation, l'errance ou la marginalité.

C'est à l'approche humaine pour ne pas dire thérapeutique qu'il convient de faire ce trajet qu'aucune chimiothérapie, aucun protocole ne fera jamais.

L'humain, c'est aussi le médicament. Le relationnel, c'est aussi l'efficacité du soin, car il est le soin. Le soignant, le thérapeute, le travailleur social, dans leurs paroles, dans leurs gestes sont alors incorporés, absorbés, agissant à la manière que le ferait un médicament, faisant référence au lien, à la communauté humaine, à la dignité, à l'écoute...

Cette dimension humaine n'a pas de frontières. Elle ne distingue pas le champ sanitaire du champ



social, elle est inhérente à chacun. Elle ne fait pas l'économie de l'approche clinique, mais se soustrait volontiers aux protocoles et libère dans bien des cas le professionnel de son sentiment d'impuissance.

Travailler dans la rue, c'est faire l'expérience d'un exil, d'une marginalisation du regard de soi porté sur le soin, sur sa propre identité de professionnelle, sur ses pratiques souvent peu ou mal comprises des collègues de l'hôpital. C'est faire l'expérience du regard étranger de nos pairs. C'est faire l'expérience de circuler dans un système mal connu, incompréhensible aux yeux des services soignants et dont le professionnel se voit être le porte-parole.

Faire l'expérience également de ce regard porté sur la rue, regard qui la détourne de sa fonction initiale : lieu de déplacement, de circulation, puis lieu de rencontre, de vie, de retraite voire de mort ; regard porté sur le corps, la maladie.

Comment rester intact de cette « contamination » dont nous parle Patrick Declerk, lorsque des années durant, je n'ai eu de cesse en tant qu'infirmière et en tant que personne, de réfléchir à cette frontière du dedans et du dehors que la rue impose ? Travailler dans la rue, c'est y être un peu sans y avoir vécu, témoigner d'une part de soi soignante qui s'accorde dans ces contrastes. ■



# La clinique psychosociale : un objet difficile à transmettre ?

**La question de la transmission est intrinsèque à l'ensemble des sociétés humaines, qu'elles soient orales ou écrites, avec toujours les mêmes questions : qui transmet quoi ? A qui ?**

**Elhadji Mbaye,**  
Politiste,  
Orspere / PACTE,  
Grenoble.

## La transmission :

La transmission a-t-elle un début et une fin ? N'est-elle pas un processus ?

Comment transmettre ce qu'on n'a pas écrit ? Ce qui ne peut être dit ? Comment transmettre ce qu'on a perdu ?

En réalité, **quand on évoque la transmission, c'est que l'ascenseur ne fonctionne plus entre celui qui transmet et celui qui réceptionne.** Là est aussi une question fondamentale. Si la transmission se fait souvent par des rituels, des formations, des institutions, elle peut aussi se faire « naturellement » sans qu'on ait besoin de l'annoncer. C'est cette transmission qui est la plus commune. Néanmoins, elle est d'autant plus intéressante lorsque la demande de transmission part non pas des anciens mais des nouveaux. Cela veut dire qu'il y a un intérêt à recevoir, un appel.

## La transmission de la clinique psychosociale

La préoccupation sur la souffrance des patients en situation de précarité est apparue dans un contexte particulier où elle pouvait trouver un lieu de réception auprès des pouvoirs publics, de certaines catégories de psychiatres, de travailleurs sociaux et même de la population générale. Il s'agit du début des années 1990 marqué par le contexte de la publication du rapport Lazarus, la préoccupation sur la souffrance des exclus avec la loi de lutte contre les exclusions de 1998 et celle sur la Couverture Maladie Universelle ; celles des professionnels confrontés à la souffrance des patients, les initiatives locales et nationales pour échanger, partager et prendre en charge cette nouvelle souffrance (la création du Samu social, de l'Orspere...). C'est ce contexte national, influencé par un contexte international

qui a favorisé l'émergence d'un nouveau référentiel en matière de prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques et en situation de précarité appelé la clinique psychosociale. Celle-ci est définie comme un lieu d'indétermination entre ce qui relève du psychique et ce qui est social. Elle permet la prise en charge de la souffrance qui n'est pas nécessairement référencée au modèle de psychopathologie psychiatrique mais qui articulent la scène de soin, celle du travail social et le rôle d'intervenants à identité multiples.

Les porteurs de cette vision ont d'abord hérité d'un paradigme qui faisait consensus dans le champ de la médecine en général et de la psychiatrie en particulier et qui se fonde sur trois piliers : le pouvoir technique et scientifique du médecin, son rôle d'entrepreneur moral, son poids politique et sociétal. Néanmoins, la clinique psychosociale n'est pas la psychiatrie sociale car cette dernière concerne en premier lieu les personnes atteintes d'affections psychiatriques, même si toutes deux s'adressent aux mêmes sources. Dans le champ de la psychiatrie, ces pouvoirs avaient déjà été clairement ébranlés par la démocratisation des années 1970, l'arrivée des nouveaux psychiatres et la psychiatrie de secteur pour une prise en charge des malades en dehors de l'hôpital.

Alors que la clinique psychosociale a pu bénéficier d'un soutien politique et social grâce à ces trois figures du médecin, la prise en charge psychosociale apparaissait selon certains autres psychiatres comme une manière de « scier la branche » sur laquelle cette nouvelle clinique était assise. Dans les faits, il ne s'agissait nullement de remettre en cause le pouvoir du médecin, mais d'améliorer l'efficacité de la prise en charge des patients en situation de précarité et en même temps, de s'occuper de la souffrance des professionnels confrontés à celle des « patients qui ne souffrent plus comme avant ». Cette nouvelle approche devait alors faciliter l'atteinte des objectifs professionnels de la

psychiatrie d'autant que ceux qui avaient travaillé au dépassement des asiles ont très vite compris qu'il n'était pas possible de traiter les patients (surtout ceux en situation de précarité) sans prendre en compte les conditions matérielles sociales et culturelles de leur environnement. Néanmoins, cette nouvelle dynamique nécessitait l'ouverture d'un dialogue avec les autres professionnels et parfois le partage d'un monopole qui jusque-là était conservé par les professionnels de santé.

Cette ouverture de la prise en charge des patients en situation de précarité atteints de troubles psychiatriques aux travailleurs sociaux, ainsi que la prise en compte de leur propre souffrance, donne ainsi à ces derniers une nouvelle légitimité dans le champ sanitaire. Ils deviennent également des partenaires privilégiés dans la prise en charge de la souffrance psychique d'origine sociale, y compris chez ceux qui ne sont pas affectés de troubles psychiatriques. Cependant, leur arrivée semblait diluer, voire réduire le pouvoir que les psychiatres avaient sur leur patients. Ainsi, en ouvrant cette fenêtre d'opportunité aux travailleurs sociaux, la clinique psychosociale n'avait-elle pas fermé la porte aux psychiatres adeptes des neurosciences, préoccupés par la dimension scientifique, technique et médicale de la profession ? D'où les porteurs de la clinique psychosociale savent-ils ce qu'il est question de transmettre ? Il est nécessaire de faire un état des lieux, sur ce qui leur a été transmis, ce qu'ils ont trouvé dans les hôpitaux en tant que jeunes internes et comment ils ont acquis cette sensibilité à la dimension sociale de la psychiatrie et si la même question se posait de la même manière avec leurs « anciens » au moment de leur départ ?

En fait, une évaluation d'un parcours de vie, d'engagement, entraîne souvent une mélancolie. Faut-il aussi transmettre cette mélancolie qui peut apparaître parfois comme un échec

## La clinique psychosociale : un objet difficile à transmettre ? (suite)



sur ce qu'on n'a pas pu réaliser ? Est-il suffisant et intéressant de transmettre uniquement la technique sans la mélancolie ? On comprend bien qu'il n'y a pas d'unanimité dans le terme transmission, dans ce qu'il faut transmettre et dans le comment et le pourquoi transmettre ? Mais cette unanimité est-elle nécessaire ? Peut-on transmettre tout en étant présent ? Pourquoi la génération des « anciens » se pose-t-elle aujourd'hui la question de la transmission ? Leurs anciens se sont-ils posés la même question ? Se sentent-ils porteurs d'une charge qu'il faut impérativement transmettre ? Impératif pour qui ? Pour eux ?<sup>1</sup>

Pour les jeunes générations ? Les patients ? La société ? Ce que l'on sait, c'est que les anciens des années 1970 ne se sont pas posés les questions que se posent les anciens d'aujourd'hui. N'étaient-ils pas aussi engagés dans leur profession que ceux d'aujourd'hui ? **Qu'est-ce que les porteurs de la clinique psychosociale ont raté pour que la question de la transmission soit aussi importante pour eux ?**

- Ont-ils raté la transmission à l'académie de médecine ? Là où les orientations de la profession sont officialisées.

- Ont-ils raté la dimension politique ? (même si les acteurs se sont saisis de la santé mentale dans la cité à travers l'action des Elus Locaux et Santé Publique).

Quelles autres dimensions rendent si difficile la transmission de la clinique psychosociale ?

**Ce qu'ils veulent d'abord transmettre**, c'est cette possibilité de rester humain avec les malades, de leur donner l'occasion de rester en vie, et en vie avec les psychiatres et professionnels qui les accompagnent.

### Les récepteurs Les travailleurs sociaux

Alors que dans le champ de la psychiatrie, on assiste à une résistance à la clinique psychosociale, on constate que, de manière générale, les travailleurs sociaux et les psychologues sont les meilleurs récepteurs de la clinique psychosociale. Cette situation est liée, entre autre, au fait que la clinique psychosociale permet l'ouverture du champ

sanitaire au travail social et facilite cette socialisation du sanitaire. Cependant, la clinique psychosociale ne consiste pas à transformer les psychiatres en assistants sociaux, ni les travailleurs sociaux en médecins, mais d'établir ce lieu de dialogue et de prendre conscience des dynamiques d'exclusion qui engendrent la souffrance psychique.

### Quelle place pour la nouvelle génération de psychiatres ?

Alors que la psychiatrie de manière générale est considérée comme faiblement réceptive à la clinique psychosociale, la nouvelle génération ne semble pas être opposée à la transmission : ils sont nombreux à écrire dans Rhizome.

Elle est néanmoins préoccupée par un manque d'espace de transmission de la clinique psychosociale. Si Rhizome et les équipes mobiles sont des témoins privilégiés de cette clinique, ils semblent être enfermés dans un monde où ils dialoguent entre eux. Il semble y avoir un trou, voire un fossé entre la génération porteuse de la clinique psychosociale et la nouvelle génération.

### Peut-on alors parler de trou de génération ?

Il apparaît que les jeunes psychiatres sont plus attirés par la clinique privée que par la clinique psychosociale ; en témoigne les postes vacants dans le champ de la psychiatrie publique. Se posent alors d'autres questions qui dépassent la transmission de la clinique psychosociale comme celle des déserts médicaux, du « trou de la Sécu », de la dimension de plus en plus libérale de la médecine, de l'avenir des médecins formés gratuitement par l'argent public...

Dans la transmission, les jeunes ont-ils alors **ce devoir d'inventaire ?**

Peuvent-ils évaluer ce qui leur est transmis d'autant que la transmission ne fonctionne que dans le contre don lors du « rendez-vous du donner et du recevoir » ? ■

1. cf. dans ce même numéro p 17

# Rhizome : une courroie de transmission du savoir sur la clinique psychosociale

**Emel Toprak,  
Elhadji Mbaye,**  
Orspere Lyon

**Le contexte d'une enquête : Dans le cadre de son projet « Avenir à partir de 2013 et au-delà », et comme convenu avec ses financeurs, l'Onsm/Orspere a mené une étude pour faire le bilan de sa revue Rhizome<sup>1</sup>, pour mieux connaître les attentes de son lectorat en vue de mieux les cibler et d'y apporter des réponses adaptées.**

L'étude conduite par l'Observatoire est basée sur un questionnaire composé d'une trentaine d'items. Il a été réalisé à partir de 300 emails d'abonnés issus de disciplines diverses : médecins, encadrants de structures sociales, psychologues, chercheurs en sciences sociales, travailleurs sociaux, autres professionnels soignants, autres.

## Les résultats et discussion

L'analyse des données recueillies donne des informations pertinentes.

## Qui lit Rhizome et à quelles fins ?

69% du lectorat de Rhizome est constitué de femmes. L'âge des répondants se situe entre 18 et 64 ans mais pour la majorité entre 25 et 64 ans (96%), généralement en activité professionnelle. Les médecins (36%) et les chercheurs en sciences sociales (30%) sont les auteurs qui ont le plus partagé leurs expériences. Les travailleurs sociaux (3%) et les psychologues (3%) sont ceux qui ont écrit le moins d'articles et qui, paradoxalement, lisent le plus Rhizome. En somme, les auteurs ne sont pas toujours représentatifs des lecteurs. Ce résultat montre que Rhizome est considéré comme une courroie de partage, voir de transmission de savoirs et d'expériences. Les articles publiés dans Rhizome sont généralement le fruit d'un questionnement ou d'une problématique des acteurs du sanitaire et du social. Rhizome permet ainsi aux professionnels et aux chercheurs de partager leurs savoirs, leurs pratiques et leurs expériences. Les psychologues et les travail-

leurs sociaux utilisent beaucoup ces informations comme un outil de travail et de réflexion pour leurs pratiques, mais également les infirmiers qui n'étaient pas spécifiquement inclus dans l'enquête par mail ; 88% des répondants ont estimé que la lecture de Rhizome les aide dans leur pratique professionnelle. Concernant les raisons de la lecture de Rhizome, 9% seulement des répondants indiquent avoir une lecture de Rhizome à but personnel, 37% le lisent dans le cadre de leur activité professionnelle et 54% pour ces deux raisons. Les résultats montrent également que 30% des répondants ont pris connaissance du bulletin grâce à leur institution d'appartenance, 34% par des réseaux professionnels, 25% grâce aux journées de formation ou aux colloques et 11% l'ont connu grâce à internet.



Pour les répondants, Rhizome a une image d'interface entre le secteur sanitaire et social. La grande majorité du lectorat se sent proche des valeurs promues dans Rhizome, c'est-à-dire celles de la clinique psychosociale<sup>2</sup>. Les répondants apprécient l'interdisciplinarité des articles et leur caractère succinct. « *Les articles courts sont de bonnes « portes d'entrée » pour les équipes* ». Sur la manière dont Rhizome aide les professionnels dans leurs pratiques, les réponses montrent que la lecture de Rhizome est utilisée comme « *une boîte à outils* » où l'on vient « *piocher* » selon les situations. Rhizome est aussi un outil qui permet aux professionnels une prise de recul sur la pratique auprès des personnes précaires, facilite une conceptualisation des observations et difficultés liées à la pratique.

Les contenus des articles sont considérés comme une matière première précieuse pour nourrir la réflexivité des professionnels.

## Sur la manière de lire Rhizome

79% des répondants lisent Rhizome régulièrement, 58% ciblent certains articles et 41% en ont une lecture exhaustive. Les réponses montrent que sur 74% des répondants qui sont abonnés à Rhizome, 46% préfèrent le bulletin trimestriel classique. Cette préférence pour le bulletin est sans doute liée au fait qu'un nombre important du lectorat est constitué de psychologues (27%) et de travailleurs sociaux (24%) souvent plus intéressés par les articles courts des professionnels de santé et du social publiés dans le Rhizome classique, plutôt que les articles longs des chercheurs en sciences humaines et sociales publiés dans les Cahiers. Néanmoins l'alternance entre les articles courts et longs et entre le cahier et le bulletin est appréciée par les répondants (46%). Les résultats montrent que les trois points forts de Rhizome sont : le contenu des articles (76%), l'aspect pluridisciplinaire (78%), et sa gratuité (68%). Les répondants souhaitent que Rhizome puisse continuer à « *garder l'approche pluridisciplinaire et la qualité des contenus des articles* ». Néanmoins, la majorité des répondants continuerait à lire Rhizome même s'il devenait payant (54%). Peu de répondants (10%) pensent que la gratuité de Rhizome est un point faible tandis que pour 41% la présentation doit être améliorée. La forme papier est plébiscitée, sans refuser un adjuvant numérique. Sur l'avenir, le lectorat aimerait l'ouverture de Rhizome à de nouvelles thématiques comme l'action sociale éducative, la place des usagers, l'évolution du droit et des politiques publiques, les écrits professionnels... Un avenir encore à explorer. ■

1. Bulletin national de santé mentale et précarité, Rhizome est la seule revue sur cette problématique grâce au soutien de la DGS et de la DGCS. Le premier numéro est publié en avril 2000. Il est aujourd'hui à son 47<sup>ème</sup> numéro. Il est tiré à 10 000 exemplaires, en France, à l'étranger, avec en sus une diffusion à partir du site web de l'Orspere.

2. La clinique psychosociale est définie comme un lieu d'indétermination entre le psychique et le social. Elle permet la prise en compte de la clinique qui en résulte et de ses effets sur les aidants dans un contexte donné.



# Modernité de la transmission aux internes en psychiatrie

**« Ce que tu as hérité de tes pères, acquiers-le pour le posséder »  
Goethe**

**De tous temps, les internes en psychiatrie se sont interrogés sur la teneur et la qualité de la transmission de l'art psychiatrique qui leur était prodiguée, questionnement largement parcouru par les modifications survenues au sein de leur formation.**

**Edouard Leaune,**  
Interne DES en psychiatrie, hôpital du Vinatier, Bron.  
Représentant de l'AFFEP (Association Fédérative Française des Etudiants en Psychiatrie).

A ce titre, une enquête récente de l'Association Fédérative Française des Etudiants en Psychiatrie portant sur la question de la formation psychothérapeutique a montré que les internes souhaitent vivement être formés à la psychothérapie, mais qu'ils entendent avant tout ce terme au pluriel (« les psychothérapies ») et attendent ainsi de leur formation qu'elle soit profondément marquée par la diversité des approches, évoquant le refus de clivage et de hiérarchisation entre les courants théoriques actuels et préférant une vision éclectique leur offrant des « outils thérapeutiques » variés. Autre conclusion le sentiment exprimé d'appartenance de la psychiatrie à la médecine, au même titre que les autres spécialités, s'avère intéressant car inverse à celles d'études plus anciennes. Le dernier résultat pouvant paraître inquiétant est la perception consensuelle d'une insuffisance de la formation, notamment sur la question de la psychothérapie. Plusieurs conclusions, à priori fort différentes les unes des autres, ressortent donc et dont il convient de tenter de proposer un modèle explicatif intégratif en s'interrogeant sur ce qu'elles peuvent porter de commun et comment elles s'intègrent à une vision moderne de la discipline et de sa transmission.

Dans cette optique, un passage par le rapport de mission des docteurs Piel et Roelandt de 2001 introduisant le concept de « santé mentale », en tant que basculement de la psychiatrie vers ce champ nouveau du soin psychique semble nécessaire. Cette

utopie, voulue comme révolution psychiatrique (terme utilisé dans le rapport), repose sur le principe d'accès inaliénable aux soins psychiques, associé à celui des 4 « dès » : désinstitutionnalisation, désenclavement, destigmatisation et désépification de la psychiatrie et de ses usagers. Suivant de quelques mois ce rapport, l'amendement Accoyer de 2003, régulant le droit d'accès au titre de psychothérapeute définissant « les psychothérapies » comme « des outils thérapeutiques » en a limité le droit d'accès à des professionnels bien identifiés. De nombreux auteurs ont ainsi évoqué une remédicalisation de la vulnérabilité et de la souffrance psychique, Alain Ehrenberg ayant utilisé le terme de « retournement hiérarchique », la maladie mentale n'étant selon lui devenue qu'un aspect minoritaire de la santé mentale, balayant au passage le concept d'altérité de la folie avancé par Foucault.

Force est de constater l'étonnant parallèle entre les modifications en cours du champ psychiatrique et la vision que s'en font les internes : diversité des approches, libéralisation et destigmatisation de la spécialité, utilisation d'outils thérapeutiques consensuels. Dans l'optique de réfléchir à la relation entre transmission et contexte, nul doute que la formation des internes en psychiatrie représente un excellent lieu de réflexion.

La transmission avance en effet la question de l'héritage, des générations et de fait des origines mêmes, ou comme le dit Hervé Bokobza, « qui dit savoir dit histoire et culture ». Du point de vue étymologique, on retiendra la signification de « trans- » en latin, évoquant la notion d'« au-delà », pouvant être entendu comme un ailleurs, entre autre social ou politique, de la relation duelle d'apprentissage. Il serait alors illusoire de croire qu'il n'en est pas de même dans la transmission faite aux internes, de s'imaginer qu'ils pourraient être « désenclavés » du contexte dans lequel se fait leur enseignement.

L'idée n'est pas d'entamer un mouvement réactionnaire à l'égard de l'enseignement actuel ; il semble pourtant nécessaire d'interroger cette apparente interconnexion entre ce que les internes souhaitent se voir enseigner et l'évolution du soin, de questionner l'essence même de la transmission en pointant qu'elle est avant tout filiation, ancrage générationnel et contextuel.

Introduire la notion « d'interne en santé mentale » pourrait alors apparaître opportun, en ce qu'elle permettrait d'intriquer à la fois le sentiment de précarisation de la transmission et ses modalités nouvelles en les resituant dans la vision actuellement portée



## Modernité de la transmission aux internes en psychiatrie (suite de la page 18)

sur le soin psychiatrique et ses institutions.

Ce nouvel interne serait voué à devenir le défenseur d'une psychiatrie moderne, plurielle, éclectique et éclairée, le risque principal étant de se muer en un praticien du syncrétisme embrouillé et du consensus mou, un médecin oubliant sa spécificité au prix d'outils thérapeutiques épars et libéralisés dans lesquels il ne trouverait aucune identité, débat que nous ne trancherons pas ici.

Toujours est-il qu'il ne sera jamais désaffilié ni désenclavé d'un

contexte paradigmatique précis qu'il lui faudra appréhender et analyser afin de trouver sa juste place au sein de cet « au-delà » qu'est l'histoire de la psychiatrie et de ses (re)pères, afin qu'il puisse réinterroger ce statut « d'interne en santé mentale », en faire une assimilation cohérente et réfléchie.

Sans doute est-ce dans la création d'un lien transgénérationnel plus appuyé et de la prise en compte d'une histoire complexe que réside la solution à ce sentiment de précarisation de la transmission, afin d'éviter l'écueil

de la déréliction professionnelle en permettant l'émergence d'un sentiment d'appartenance et de filiation ainsi que la réappropriation d'un héritage. A ce titre, la proposition faite par certains internes d'une supervision par un ou plusieurs psychiatres seniors, bien identifiés et offrant un lien de proximité tout au long de l'internat, laissant la possibilité à d'autres rencontres professionnelles et à une pluralité des approches, pourrait s'avérer une piste à envisager avec sérieux. ■

## Conditions d'émergence et transport des idées dans le champ de la clinique psychosociale (suite de la page 6)

organisés par certains praticiens du quartier dans les instances interministérielles où ils ont acquis une responsabilité. Support des carrières personnelles, le quartier Laboratoire est aussi l'armature réflexive d'une expérience fondamentalement interstitielle. Les réappropriations hétérogènes des catégories innovantes, aux différentes étapes de la construction d'un volet santé au sein de la politique de la ville française, mettent en évidence les aléas de leur transmission.

En particulier quand les montages techniques ont perdu en route l'épaisseur anthropologique de la santé, celle qu'avait dévoilée toute une génération de recherches-action et qui avait conféré à son « retour » sur la scène locale urbaine sa portée sociopolitique. Ce qui s'est forgé dans les interstices de l'action publique semble ne pouvoir se consolider que dans un cadre fidèle aux conditions de possibilité de son émergence. Soit des dispositifs pluralistes qui, *tout contre* les institutions

mais en rupture avec leur verticalité et leur unité disciplinaire<sup>6</sup>, permettent le désenclavement des expériences biographiques, se nourrissent de l'agir dans plusieurs mondes, et reconnaissent l'équivalence des savoirs issus de ces différents mondes. Être à un carrefour, c'est ainsi que peut s'envisager la continuité des engagements car ce qui se transmet n'est pas que vision du monde, mais manière de l'informer et de la construire. ■

6. Ion J., Ravon B., « Institutions et dispositifs », Ion J. (dir.), *Le travail social en débat(s)*, Paris, La Découverte, 2005, pp. 71-85.



# Clinique psychosociale, objectivité et désobjectivation en psychiatrie

**Benjamin Weil,**  
*Psychiatre,  
praticien hospitalier  
Responsable du Centre  
Psychiatrique d'Accueil  
et d'Admission  
EPSM de  
l'agglomération lilloise,  
Lille*

**Les psychiatres de ma  
génération partagent, pour  
beaucoup, ce constat. Nous  
n'avons pas de maître en  
psychiatrie.**

Transmettre quelque chose de la psychiatrie, c'est d'abord lui reconnaître une unité, une question qui l'unifie et c'est peut être quand cela n'a plus été possible que la clinique psychosociale a rencontré des difficultés à passer. La clinique psychosociale est sans nul doute indissociable de la question de la subjectivité, elle se nourrit de ce que les gens nous disent de leur souffrance, des choses que nous ne pouvons pas inventer. Née de l'observation du sujet dans son temps, de ses relations avec les autres, avec les institutions, elle nous a été amenée, racontée par nos patients. Le mouvement qui tend à l'envisager comme un savoir de plus en plus objectivable la déracine.

La transmission de ce savoir dans le champ de la psychiatrie a rencontré un obstacle.

Alors que cette ambition de compréhension des interactions des souffrances imposées par le contexte social et des souffrances psychiques s'est fondée largement sur la notion de subjectivité, la psychiatrie a connu de son côté une évolution vers plus de standard, plus de protocoles et se veut évaluable.

Ceux dont on attendait qu'ils soient nos maîtres ont schématiquement eu à choisir entre deux positions. Toutes deux, selon moi, acceptant une discrétisation<sup>1</sup> des signes, des symptômes, des histoires. Toutes deux procédant à une transformation du signal complet que représente l'expression symptomatique en données intégrables à une démarche de soin objectivante. Toutes deux faisant courir le risque d'une désobjectivation.

Certains, dont une grande partie de nos universitaires, ont choisi d'assumer la technicisation de leur discipline et d'œuvrer

pour la rendre toute médicale, à l'instar des spécialités de soins généraux. Développant des outils d'évaluation (des échelles en particulier), ils poursuivent le fantasme de l'objectivation des troubles psychiques. Ils tentent d'asseoir la pratique de la psychiatrie sur des preuves qu'ils recherchent dans un savoir neurobiologique, pharmacologique et d'observation comportementale. Dans ces conditions, la question sociale n'a pu que rester extérieure à la question du soin : aucun outil théorique n'a été par eux développé pour la penser en lien avec les symptômes psychiatriques.

Les autres ont pris la voie de la psychiatrie communautaire. Le sujet y est envisagé comme un individu d'une société, défini entièrement par son fonctionnement social, entièrement réduit à ses comportements, à sa capacité à rester un citoyen. La fusion des souffrances psychiques et sociales dans une clinique normative, dans une nosographie psychosociale, a souvent donné lieu à des efforts d'évaluation objective. Les rôles sont rendus flous par un travail partagé par tous d'aiguillage vers un comportement social acceptable : éducateurs, infirmiers psychiatriques, intervenants vacataires, tous font l'effort d'une normalisation du fonctionnement social de l'usager. Contrairement à ce qui est habituellement entendu, c'est dans ces services, où la pathologie mentale se veut destigmatisée, que les traitements neuroleptiques sont souvent donnés aux doses les plus fortes et que l'on fait le plus grand usage des formes de retard des neuroleptiques, dont il est difficile de penser qu'elles ne sont pas prescrites dans une volonté de contrôle des symptômes à long terme. Le soin est envisagé comme la possibilité d'une réintégration imaginaire à la société des individus, plus que comme une prise en compte d'une souffrance ayant à voir avec les difficultés sociales.

A défaut de pouvoir accepter toute la complexité du symptôme, il est néanmoins possible d'en

restituer une partie. En sortant d'une logique de compréhension aliénante, en reconnaissant au discours du patient une absolue particularité et en s'appuyant sur la richesse des secteurs pour proposer la plus grande modularité dans l'organisation des soins psycho-sociaux, nous essayons de retrouver ce qui a souvent été perdu dans l'effort, de systématiquement médicaliser le symptôme.

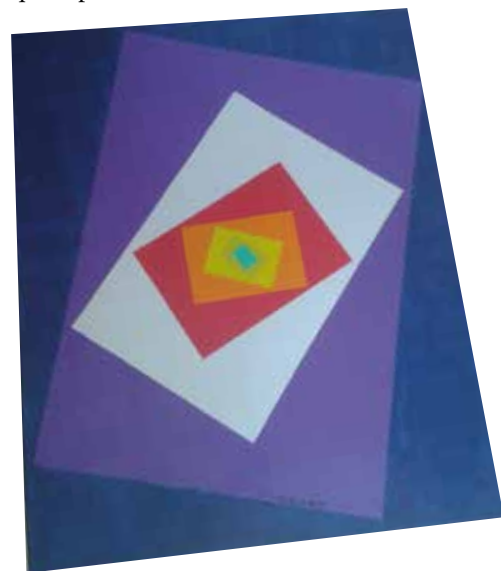
L'organisation entrepreneuriale des soins dans un souci exprimé de productivité, y compris sur la question des difficultés envisagées comme psychosociales, laisse à ces dernières la place de produits inévitables d'une société néolibérale dont il convient juste de maîtriser la quantité.

Est-ce qu'on ne dit pas là quelque chose de la clinique psychosociale lorsque l'on fait état de la difficulté de la transmettre dans une société obsédée par l'évaluation, prise dans un mouvement de désobjectivation ?

Comment se pencher sur ceux qui n'ont pas pu suivre avec des outils fabriqués sur le modèle de ce qui les a exclus ?

Comment faire vivre un mouvement de solidarité que l'on voudrait structurel quand l'organisation publique et privée des soins reprend, à son échelle, la structure libérale de la société qui la pense ? ■

1. Il s'agit de la manière dont on passe de valeurs infinies à des valeurs numérisées. Par exemple, Toutes les informations ne sont pas transmises, seulement une partie : on perd quelque chose. Le psychiatre avec sa nosographie, transforme le "signal" qu'est le discours du patient en éléments standardisés, "numérisés" et ignore une partie importante de la clinique





# Jeune psychiatre en temps de crise, un avenir est-il possible ?

**Blandine Bechetoille,**  
Psychiatre, Hôpital Saint Jean de Dieu, Lyon<sup>1</sup>  
Représentante de l'Association FIKIRA en Métropole<sup>2</sup>

**Au delà d'un bouleversement économique, la crise met à mal la confiance que la société peut avoir en elle-même et en l'avenir, la précarité gagne du terrain...**

La psychiatrie est quotidiennement amenée à devoir accueillir ces patients dont la souffrance est non seulement psychique mais aussi sociale. Leur vulnérabilité rencontre le sentiment d'impuissance d'une psychiatrie elle aussi traversée par une crise de confiance. Dans ce contexte, il apparaît parfois comme un défi pour les jeunes psychiatres de garder une pensée vivante et créative.

Je suis née à la fin des années 70 après les « trente glorieuses », cette période de forte croissance économique d'après guerre, et plus précisément entre les deux chocs pétroliers. Le mot crise m'est apparu assez tôt comme familier, telle une grisaille à laquelle on s'habitue toujours un peu. Je crois avoir appartenu à une jeunesse assez peu idéaliste, comme si les utopies portées par nos parents s'étaient éteintes avec l'insécurité de l'avenir.

Etudiante, mon stage en psychiatrie a été celui de la rencontre avec une médecine humaniste et globale où l'identité des patients résidait moins dans leur numéro de chambre que dans leur nom. Depuis, je suis devenue interne puis psychiatre et j'entends parler d'un Age d'Or de la psychiatrie, celui d'une période féconde et créatrice, un temps où les considérations comptables et administratives n'étaient ni omniprésentes ni chronophages voire même anthropophages. Ce paradis perdu est souvent le pendant d'une psychiatrie condamnée au néant ou à un enfer certain. Ces lendemains apocalyptiques côtoient les idées de ruine, d'indignité et de culpa-



bilité faisant évoquer le même diagnostic que celui de la société : la mélancolie.

Si la « Crise » semble parfois nébuleuse et impalpable, la population dite « précaire » nous rappelle à sa douloureuse réalité. Selon Jean Furtos, le terme de précarité dépasse celui de la pauvreté, la précarité renvoie à la peur de la perte des objets sociaux, c'est à dire d'objets concrets qu'on possède dans la réalité (argent, diplômes, logement, emploi...). Il s'agit d'une insécurité extrême qui au delà du matériel, pose la question de la place d'un sujet parmi les hommes. Liée de façon inextricable au social, la souffrance psychique est patente.

Ces patients, ce sont ceux qui ne sont « pour personne » : les acteurs de soins les trouvent trop démunis et les acteurs sociaux trop malades. Fort de son impuissance, chacun préfère penser que l'autre sait mieux, peut mieux. Plus que de pauvreté ou de maladie, il est question de l'exclusion qui se joue une nouvelle fois ici. La rencontre avec la précarité, dans ce qu'elle peut avoir de plus sidérant, empêche la rencontre avec ceux qui en souffrent.

On peut pourtant rapidement constater la valeur thérapeutique de l'accueil. Chez ces patients hors de la communauté humaine, ouvrir la porte et serrer la main, sont déjà les premiers pas d'une restauration narcissique sans laquelle rien n'est possible. La psychiatrie a dans son histoire su donner une place aux exclus et les représenter dans une société qui supporte mal ceux qui s'éloignent de la norme. Mais les « précaires » sont porteurs d'une souffrance qu'elle pense ne pas pouvoir soigner. Or ces patients sont déjà dans les CMP (Centre Médico-Psychologiques) et les services d'hospitalisation. Il s'agit de pouvoir leur donner une place sans se laisser sidérer par une écrasante réalité.

Pour cela, il est indispensable de pouvoir laisser ouvert un

espace de pensée et de sortir de l'isolement dans lequel se retrouvent bien souvent les soignants. C'est avec ce double objectif que l'association Fikira s'est créée en 2011 à Mayotte (« Fikira » peut être traduit par « pensée » en shimaoré, la langue de Mayotte). Dans cette petite île de l'océan indien, désormais département, un tiers de la population est sans papier et dans une extrême précarité. Au risque de reconduites à la frontière sur le chemin du CMP, les patients viennent y déposer un peu d'une souffrance aussi psychique que sociale. Dans une tentative de mettre un peu de sens à leur pratique et de la partager, quelques soignants de Mayotte se sont investis dans cette association où les ont rejoint rapidement des travailleurs sociaux. Et si le premier colloque de Fikira en septembre 2012 sur « Santé et précarité » a eu autant de succès à Mayotte, c'est qu'il répondait probablement au besoin de chacun de se retrouver autour de pensées et d'interrogations communes, mais aussi d'exprimer le même sentiment d'impuissance.

Le partage des doutes permet de retrouver une « bonne précarité », c'est à dire de se retrouver dans une position de besoin de l'autre et de confiance en sa bienveillance. Le soignant et le travailleur social peuvent se retrouver dans ce sentiment partagé « d'inutilité », mais dans la différenciation et la nécessité de cette complémentarité, peut émerger la construction d'un maillage contenant autour du patient.

Enfin, la confiance dans l'avenir est également soutenue par le regard de nos aînés. Quand les « vieux psychiatres » ne nous parlent plus d'Age d'Or mais de leur histoire, quand ils acceptent de transmettre leur savoir mais aussi leurs questionnements, quand ils se penchent sur les jeunes psychiatres que nous sommes avec enthousiasme et confiance, alors l'avenir devient possible. ■

1. Pôle G 26 (Dr Joli)

2. Association créée dans le but d'échanger autour de la santé mentale à Mayotte et ailleurs (<http://fikiramayotte.wordpress.com/>)

## Comment je suis devenu un rhizome ?...



**Le rhizome est une tige souterraine horizontale poussant dans un sens et se détruisant de l'autre (Litré).**

**On l'appelle aussi « racine traçante » : on peut effectivement imaginer la suivre à la trace et remonter ainsi, comme par « frayage », jusqu'à la « plante-mère » de ses origines. Sa position même trahit ses origines, comme s'il était à la fois plante et processus de transmission en pleine action !**

La question de la transmission me semble redoutable à évoquer, car étroitement liée à celle de nos origines et de notre inscription même dans le champ du langage ; il n'y a rien de plus intime que de chercher à rendre compte de notre singularité subjective, dans ce qu'elle échappe irréductiblement à ce dans quoi elle est par ailleurs inscrite, dès la naissance et bien avant. Elle vient ainsi questionner la subjectivité comme rapport à l'autre et à la question du désir, et invite perpétuellement à considérer la formation identitaire comme distincte et dépassant les processus de constitution du Moi. « Je est un autre » disait le poète : à quel point et à quel prix ? Comment vivre en reconnaissant la dette tout en s'en affranchissant ? La transmission n'est pas pure imitation ; il ne s'agit pas d'un simple apprentissage, encore faut-il qu'il y ait rencontre pour qu'une subjectivité puisse se dégager de ce rapport à l'autre. A tenter de rendre compte de son propre rapport à la transmission, quelque chose ainsi nous excède, tout en nous reliant à cette communauté d'humains, quelque chose qu'il faut bien accepter et qu'on appelle un symptôme.

### Comment rendre compte de son symptôme ?

On ne devient pas « psy » par hasard. Aujourd'hui, avec un certain recul, je peux considérer que mes choix m'ont conduit à toujours être à côté de là où j'aurais dû, non pas tant par originalité ou par esprit de contradiction

que par angoisse de me retrouver coincé dans un rapport univoque à l'objet, excluant tout recours au langage, toute alternative...

En décalage donc, mes choix et mes préférences m'ont conduit à m'éloigner du domaine strict des sciences « exactes », à rechercher à réconcilier savoir et connaissance, technique et rapport humain inscrit dans du langage : ce qui dans le cadre médical fait de l'acte thérapeutique une part certes majeure mais non suffisante du « soin », et que, durant mes premières années d'études je désespérais de ne pas trouver, m'a très tôt conduit à voir dans la psychiatrie, que j'idéalisais déjà (et je n'y ai toujours pas renoncé !), une terre promise qui me réconcilierait avec la rencontre car précisément, même si la sémiologie en était bien codifiée, elle ne pouvait pas se passer, là encore moins que dans d'autres domaines, du savoir médical, de la relation intersubjective, et de l'inscription dans le registre du langage qui confère au signe sa dimension de symptôme, lesté du poids d'une subjectivité désirante ; faisant de nous, médecins, qu'on le veuille ou non, autre chose que des réparateurs sempiternellement soumis à des procédures immuables et automatisées ou bien des « accompagnateurs » gérant des flux, mais où le sujet serait toujours le grand absent, sans cesse exclu des procédures standardisées, comme des « arbres décisionnels » dont on nous apprenait à ne jamais trop s'éloigner ! La psychiatrie était ainsi pour moi une planche de salut pour aller, comme disait un de mes professeurs « respirer vers l'humain », ma façon à moi de tâcher de réconcilier le mot et la chose, de faire place au langage !...

Mes « années de formation » qui d'ailleurs n'en finissent pas, eussent donc pu être pour le moins ingrates s'il elles n'avaient été ponctuées de rencontres comme autant de portes à ouvrir, avec des gens qui par passion ou par vertu, en tout cas par choix, ont été des passeurs, des témoins et finalement des pairs, là où ils auraient pu seulement rester des maîtres ; passeurs d'un savoir et d'un savoir-faire patiemment

transmis dont il s'agit de se délecter tout en le distillant (et où les arbres décisionnels ont leur importance !) ; témoins par leur pratique clinique mais aussi par leurs engagements et leur humanité d'une éthique du soin qui n'a de cesse de replacer le sujet au centre du discours, à laquelle il s'agit de ne pas manquer, pour finalement permettre cette inscription dans une communauté langagière, exigeante, jamais acquise et sans cesse à renouveler, mais où l'on peut s'autoriser à prendre la parole.

Suivant la logique de mon symptôme, très attaché à la notion de service public et à celle de « droit commun », je me suis donc orienté vers une pratique essentiellement libérale de psychothérapie pensant ainsi m'affranchir au mieux des pesanteurs du cadre institutionnel, mais gardant un lien avec le secteur public et associatif. Mes rencontres amicales et mes engagements associatifs m'ont ainsi poussé à m'investir dans la « clinique psychosociale » (mais existe-t-il une clinique qui ne soit pas psychosociale, rendant compte du symptôme sans le connoter du cadre dans lequel il s'exprime ?).

Je travaillais d'abord auprès de patients étrangers et migrants, dont beaucoup étaient pris dans un rapport à l'institution générant souffrance psychique, « empêchement subjectif » et exclusion, puis je me suis investi dans la clinique auprès de grands précaires au sein d'une EMPP<sup>1</sup>, dans un cadre hospitalier... Mon inscription dans des cadres différents, hospitalier (PH à mi-temps) et privé (installé « en ville », conventionné secteur I), fidèle à ma façon d'être « en décalage », ne constitue pas à mon sens un clivage dans ma pratique, mais au contraire, une façon d'assurer le passage entre les circuits d'exception et le droit commun, rendant le cadre de prise en charge beaucoup plus souple. Du reste, les problématiques psychiques qui se déplient dans la relation thérapeutique, dès lors qu'elle acquiert une certaine consistance et que le cadre la soutient, ne sont en rien différents

suite p 24

**Nicolas Velut,**  
Psychiatre,  
Unité de souffrance  
psychosociale, CHU,  
Toulouse

1. EMPP  
Equipe Mobile  
Précarité et Psychiatrie

## Précarité, psycho-gériatrie au Sénégal : attention aux pièges

**Ousseynou Ka,**  
Médecin Gériatre  
spécialisé en Santé  
Publique  
Directeur du Centre  
de Gérontologie et  
Gériatrie de la Ville  
de Dakar, Sénégal  
Enseignant à  
l'Université de  
Bambey "UFR Santé  
et développement  
Durable"  
Dakar, Sénégal.

**Après l'obtention de notre diplôme de Doctorat en Médecine en 1991, la Ville de Dakar nous proposa des bourses de spécialisation en France et le Directeur nous rappelait que ces spécialisations devraient répondre aux préoccupations des populations en s'intégrant dans les programmes nationaux de santé.**

La plupart de mes camarades avaient opté pour la cardiologie, la médecine interne, la radiographie, l'anesthésie-réanimation... toutes ces demandes avaient reçu l'accord de principe des autorités ; mais moi j'ai été convoqué parce que j'avais choisi de me spécialiser en gérontologie et gériatrie. Le directeur me demanda si je ne m'étais pas trompé parce qu'il n'a jamais entendu parler de cette spécialisation.

La gérontologie, Monsieur le Directeur, est une discipline qui étudie tous les aspects du vieillissement (sociologie – habitat – médecine – culture...), la gériatrie est la médecine des personnes âgées, ce qu'est la pédiatrie pour les enfants et la psycho-gériatrie pour l'étude des problèmes psychiatriques de cette catégorie de population.

Sa réaction était :

*« Docteur pourquoi se spécialiser dans ce domaine alors que la population est à 60% constituée de jeunes et que la priorité sanitaire est orientée vers l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant. De plus les personnes âgées sont bien intégrées dans les familles qui les prennent en charge et les solutions préconisées dans les pays développés (maisons de retraite – centres d'hébergement...) ne peuvent être appliquées dans nos pays puisqu'elles sont financièrement impossibles et culturellement inadaptées ».*

Deux ans après qu'une bourse de formation m'ait été accordée, j'ai obtenu mon diplôme de Capacité de Gérontologie en 1995 à la Faculté de Médecine de l'Université Pitié Salpêtrière en France.

Durant cette formation alternant théorie et pratique, j'ai eu à effec-

tuer des stages dans des structures pour personnes âgées et à ma grande surprise, tous les patients avaient en plus de leur traitement des « antidépresseurs », « somnifères », « tranquillisants »...

J'ai aussi appris durant les stages à faire le diagnostic de pathologies psychiatriques en cotant les réponses. Si le score dépasse le seuil établi (par qui ?) le patient est étiqueté « dément », « dépressif »... et comme tous les dossiers des patients sont informatisés le diagnostic posé suit le patient à vie, « dépressif à vie »... et il continuera à prendre ses cachets. Je n'ai pas compris comment un diagnostic psychiatrique peut reposer sur un score alors que chaque être humain est cyclothymique – la psychiatrie est elle une science toujours exacte donc logique ?

De retour au Sénégal, l'histoire m'a donné raison. En effet, en 2004 la Ville de Dakar érige un centre de gérontologie et gériatrie unique et, en 2007, le gouvernement met en place le « Plan Sésame » avec la gratuité des soins pour les personnes âgées de plus de 60 ans.

Les personnes âgées sont ainsi considérées comme un groupe vulnérable et pauvre. Les problèmes gérontologiques sont ainsi reconnus comme enjeu de santé publique mais ils se posent pas en termes de poids démographique, comme dans les pays du Nord, mais en termes de désintégration du tissu social, de démantèlement des réseaux de solidarité communautaire et de pauvreté. En effet, si dans les pays développés le vieillissement de la population s'est accompagné d'un essor économique, il en est autrement dans nos pays en développement.

La grande majorité des personnes âgées (70%) ne bénéficient pas de protection sociale ou de pension de retraite et leur prise en charge médico-sociale est assurée par la famille ; cette solidarité familiale est actuellement confrontée à des difficultés économiques et le partage des maigres ressources familiales et communautaires se fait généralement au

détriment de la personne âgée. D'après une enquête sur la population sénégalaise, 38% des ménages de plus de 10 enfants sont gérés par des personnes âgées sans aucune aide financière. Elles sont donc obligées de prolonger leurs activités pour subvenir aux besoins de leurs progénitures. La crise économique persistante a accru la pauvreté et la précarité chez les personnes âgées et ces dernières semblent vivre une certaine marginalisation économique surtout en milieu urbain.

A cela s'ajoute l'augmentation de l'incidence de pauvreté de la famille selon l'âge du chef de ménage. En effet 63% des ménages dirigés par une personne âgée de 55 ans et plus vivent en dessous du seuil de pauvreté contre 55% pour les ménages dont le chef a entre 35 et 55 ans. La tranche d'âge la plus endettée se situe entre 55 ans et 65 ans avec 32% des créances.

La pauvreté, la précarité et la marginalisation sont ainsi le lot des personnes âgées. L'urbanisation galopante ne favorise pas la cohabitation des générations et la construction de grands immeubles de type occidental entraîne l'affaiblissement des réseaux familiaux de soutien traditionnellement établis.

Les personnes âgées sont insuffisamment impliquées dans la vie socioculturelle de la cité, source d'épanouissement et de bien être et ceux d'entre elles vivant en ville souffrent davantage durant leur retraite, de stress, d'isolement et de dépression.

Ces profondes mutations socio-culturelles et économiques observées auront pour corollaire une augmentation insidieuse des maladies psychosomatiques et psychiatriques chez les personnes âgées et deviennent un problème de santé publique de plus en plus aigu.

La première consultation psycho-gériatrique de la personne âgée se fait toujours en présence de la famille dans une ambiance conviviale puis se termine par

suite p 24



## Précarité – Psycho gériatrie au Sénégal : attention aux pièges (suite de la page 23)

un entretien individuel avec la personne âgée, entretien qui lui permet de s'exprimer librement et de donner son appréciation sur ses rapports familiaux et sociaux. Moment où parfois des informations précieuses et utiles sont recueillies pour établir un diagnostic, moment où le patient extériorise sa souffrance physique et psychique (conflit...).

Malgré le traitement des plaintes somatiques atypiques polymorphes et persistantes, le diagnostic de pathologies psychiatriques est souvent suspecté et l'avis du psychiatre est sollicité. L'exemple de ce patient suivi pour des insomnies qui ne surviennent qu'à la fin du mois : en réalité, celles-ci sont en rapport avec ses difficultés financières de fin de mois, avec les factures d'eau, d'électricité. N'est il pas plus pertinent pour ce patient de lui trouver des activités génératrices de revenus ? Ou de lui accorder le minimum vieillesse ?

Formé à utiliser des scores ou échelles basés sur les troubles de l'humeur, j'éprouve des difficultés à faire le diagnostic de pathologies psychiatriques. Quelles valeurs ou sens accordés aux termes : « projet » « avenir » « désespoir » « idées de mort » « pleurs » « satisfaction de la vie désespoir » dans un contexte où atteindre un âge avancé est une chance ; où la vie est un perpétuel combat de survie, où la personne âgée doit être stoïque malgré sa souffrance, où les idées de mort sont presque toujours présentes (on y pense non pas parce qu'on a peur de mourir mais on y pense pour se préparer avec plaisir à rejoindre le monde des ancêtres et des aïeux) ; où l'avenir est dénué de sens pour la personne âgée qui considère que son avenir est derrière elle ; où les troubles de la mémoire n'inquiètent ni le patient, ni sa famille, ni son entourage, où la grande majorité est analphabète et où s'instruire est un luxe.

Il existe ainsi un lien direct entre cette précarité des personnes âgées confrontées à des difficultés financières pour accéder au traitement médical et leurs troubles psychiatriques. Leur choix est souvent de recourir à la médecine traditionnelle ou aux guérisseurs qui, au-delà de leur dimension sociale, ont un rôle important dans le traitement psychosocial de leurs patients.

La psycho-gériatrie est une discipline en perpétuelle mutation. La transmission du savoir, en particulier de la psychiatrie, doit toujours être réadaptée selon le contexte socioculturel. Les stratégies et méthodes de prise en charge pertinentes dans leurs lieux de conception sont souvent dépourvues de sens dans des territoires où l'on vit autrement... d'où la nécessité de toujours contextualiser la transmission. ■

## Comment je suis devenu un rhizome ?... (suite de la page 22)

d'un côté comme de l'autre de cette autre frontière sociale, pas si infranchissable que ça !

J'ai connu Rhizome pour l'avoir épisodiquement lu alors que nous trainions tous deux dans les salles de repos des services de psychiatrie où j'étais interne. Nous nous sommes donc rencontrés « à la marge », dans des lieux où ne traîne pas la littérature scientifique sérieuse (...de fait, elle était surtout lue par le « petit personnel », c'est à dire tous ceux qui vivent dans un service et le rendent vivant) et dans des lieux où un interne sérieux ne devrait pas non plus normalement s'éterniser... et elle m'a tout de suite plu : parce qu'elle est colorée, bien présentée, que les articles sont concis et

expressifs, vite lus, et surtout écrits par des gens de terrains évoquant leur sujet avec passion et réalisme, ce qui lui confère véritablement une valeur de témoignage au sens que j'évoquais précédemment. Aussi ais-je eu l'impression de déjà connaître Jean Furtos et l'équipe du comité de rédaction quand je les rencontrais, en 2006, comme une étrange proximité. Cette revue d'arrière salle, que les gens qui y vivent prennent et jettent, ouvrent et tâchent de café, y trouvent réconfort où matière à s'indigner, cet objet vient alimenter leur désir de travail en témoignant que d'autres qu'eux sont aussi aux prises avec la réalité qui fait le socle de leur pratique.

On ne l'ouvre pas pour apprendre, ça n'est pas une revue de recherche, mais bien plus : on y reçoit le témoignage d'une commune présence : elle apporte ainsi ce qu'aucune « revue sérieuse » ne peut offrir, s'autoriser de son propre désir !

Rhizome m'aide à comprendre un peu mieux d'où je viens et par là-même où je vais.

Elle me permet d'orienter mon désir. C'est de cette inscription dans une communauté langagière dont je suis aujourd'hui le « rhizome », dont il me faut à mon tour témoigner... ■

# Séminaire souffrances psychiques et souffrances sociales

**Patrick Menchi,**  
Chargé de mission  
ERASME, Toulouse

**Jean Jacques Jouselin**  
Médecin pédo-  
psychiatre à l'Hôpital  
Marchant, Toulouse

**Corinne Saint-Martin**  
Maître de conférence en  
sociologie à l'université  
du Mirail, Toulouse

**Richard Steffenhagen**  
Cadre de santé,  
formateur à l'IFSI  
Marchant, Toulouse

**Pourquoi ce séminaire ?**  
Ce séminaire se situe dans  
la continuité d'un travail  
engagé depuis 2007 entre  
Erasmus école d'éducateurs,  
et l'IFSI Marchant à Toulouse.

Nous étions de part et d'autre affectés par les clivages du sanitaire et du social, particulièrement en formation. Cette question s'est rapidement focalisée sur le besoin de temps. Combien de temps faut-il pour qu'une personne se forme, se soigne ou se rééduque, et par quels processus ou quelles architectures ? Les professionnels se retrouvent ainsi spécialisés avant même d'avoir appris un métier ! De là nous semblaient découler des formes indicibles de souffrances réparties entre professionnels et usagers.

Pour organiser ce séminaire sur une année, nous étions convaincus que l'on ne pouvait pas rester cloisonné dans nos institutions professionnelles. En même temps il apparaissait important de ne plus rester sur des approches sectorielles, disciplinaires : aller de la société professionnelle à la société civile ; croiser les regards et les connaissances.



Nous avons ainsi pu dégager quatre niveaux d'objectifs : mettre des mots communs sur les souffrances ; relier les différentes natures de résistances ; mettre les connaissances en actions ; interagir sur le partage des politiques publiques.

■ **Quelques retours sur les effets de ce séminaire**

La souffrance psychosociale est quasiment toujours une question hors sujet et tout particulièrement à propos de précarité où il y a un fort risque de syndrome d'auto exclusion. Cette dynamique qui peut amener le sujet à se couper de lui-même, à ne plus rien ressentir, et donc à ne plus être sujet. Si l'intérêt réside à tenter de récupérer la « crème » des précaires, celle qui est proche de la surface et de la lumière, les autres, ceux qui sont au fond du trou restent souvent hors sujet.

La souffrance psychosociale est toujours une situation à risque de **non sens**.

Le sens de la vie, de non vie, est ici en permanence questionné. L'humain en soi est parfois inhumain. Souvent, la question du sens d'un travail vient répondre à une question de non sens. Mais plus encore, quelle place prend un discours économique qui s'adresse aux exclus de la vie sociale, à des sujets hors cadre ?

Enfin, la souffrance psychosociale est toujours une **lutte pour la dignité**. Il ne peut être question d'autre chose que de réintroduire le sujet dans sa dignité. Comment permettre à des collectifs de professionnels de s'engager dans des rencontres singulières et de savoir écouter, et surtout entendre ce que dit, ou ne dit pas, cet autre là. Engluée dans cette souffrance, cette personne qui ne dit rien a cependant besoin d'être entendue.

Toute rencontre doit alors tendre à restaurer cet autre là, hors sujet, sans dignité et dans une position de non sens, dans notre humanité.

■ **Mettre en mots la souffrance ?**

Avec les étudiants en présence dans les ateliers, parler de la souffrance des usagers, c'est d'abord évoquer et partager une expérience professionnelle ou militante bénévole, en s'attachant à définir la relation mise en œuvre dans le cadre de l'activité quotidienne. Le discours sur la souffrance est sous-tendu par des représentations sociales. Elles engagent différentes manières de

concevoir l'aide (de la distanciation technique, ou de l'empathie, de la proximité de pair à pair), qui conduira à des débats autour de la question du sens de l'action et de ses principes, et de ce que « doit » être la bonne pratique. Elle est donc construction à interroger et condition d'un travail réflexif sur les pratiques.

Mais cette mise en mots est aussi interpellation sur les conditions organisationnelles et institutionnelles. La relation d'aide professionnelles y déploie, marquée par la prégnance d'une rationalité gestionnaire qui transforme les conditions objectives de l'activité des intervenants sociaux. On en évoquera les conséquences multiples, débouchant sur des difficultés à bien faire son travail, une perte de sens de son action. C'est donc aussi le système qui est interrogé qui engage la capacité professionnelle et celle de l'organisation à répondre à la souffrance à la fois d'ordre psychique et sociale des publics pris en charge.

■ Le chemin qu'a tracé ce séminaire à partir des notions de précarité et de souffrances psychiques et/ou sociales est passé par différents carrefours et repères dans la réflexion du groupe : la souffrance au travail et la nécessité d'y résister. La mise en œuvre silencieuse et constante de la mécanique idéologique « ultime » du discours gestionnaire et de la généralisation de l'évaluation, tend à disqualifier les personnes dans leur rapport au groupe social. Conséquemment, toute perspective d'une stabilité fondée sur la confiance dans son avenir professionnel et personnel passe pour ringarde voire illégitime. Seules les situations de crises, érigées en moteur de la dynamique sociale, et l'acceptation de la précarité comme élément de la condition humaine dans notre rapport au temps, sont créatrices et innovantes.

Les techniques managériales avec l'évaluation, clivent le rapport précaire du sujet à lui-même quant à la question de sa valeur économique et sociale. Travail de sape qui érode le sujet, et le

## Séminaire souffrances psychiques et souffrances sociales (suite de la page 25)

conduit à avoir peur de l'avenir comme possible catastrophe, et l'entraîne au moins vers une fuite dans un « *hédonisme de désenchantement* » (Jean Furtos).

Il faut retrouver le courage de sortir des majorités silencieuses, de faire du collectif par agrégats successifs, le courage de mettre en œuvre une éthique du collectif (common decency) qui élargisse le champ de la parole aux citoyens. N'est ce pas là, la possibilité d'une résistance créatrice comme force de proposition vigilante

à la question du sens des rapports sociaux ? Reste à voir comment les acteurs en charge de la représentation politique s'emparent de ces questions ?

Postface...

Comme souvent dans ces rencontres les bilans sont partagés entre frustration et intérêt. On y apprend beaucoup, on s'y retrouve bien, on en sort enrichi mais après ? L'accent aura été mis sur le partage et la co-construction des connaissances et de l'action. Mais nous n'avons pas pu une fois

encore y associer pleinement les décideurs politiques et institutionnels. De nombreux éclairages sur les pratiques ont été découverts, tout en constatant l'absence des usagers les plus directement concernées. Les étudiants disent ne pas perdre leur place dans ces rencontres pluridisciplinaires.

La phrase de conclusion, je la reprendrai d'un participant compagnon Emmaüs, qui déclarait tout de go aux divers professionnels : « *Je vous plains ; nous avons plus de possibilités que vous* »... ■

## Trajectoire d'une porteuse de la clinique psychosociale

**Monique Lips,**  
Ancien Cadre supérieure  
socio-éducatif, EPSM  
Lille Métropole

**D'un long et passionnant entretien, nous avons élagué toute la partie concernant l'évolution de l'hôpital vers la psychiatrie sociale et le rôle des assistants sociaux dans cette évolution. Nous avons conservé ce qui concerne spécifiquement la clinique psychosociale et les formations croisées**

J'ai terminé ma carrière comme cadre supérieur socio-éducatif à l'Établissement Public de Santé Mentale d'Armentières (Nord), EPSM Lille métropole.

J'ai une formation d'assistante sociale et j'ai travaillé en psychiatrie de 1972 à 2010.

Je suis en retraite depuis 2010.

***Faut-il aller au delà du travail d'assistant social classique pour être dans la clinique psychosociale, y rajouter de l'engagement, une motivation en plus ?***

On m'a proposé de monter une grosse opération sur le Nord-Pas-de-Calais avec les 60 secteurs de psychiatrie adulte et toutes les structures sociales (CHRS, centres sociaux, etc..) ayant à faire avec la précarité. On est venu me chercher pour monter ces réseaux avec l'idée de faire travailler ensemble la psychiatrie et le secteur social. Ces réseaux ont été mis en place autant pour les problèmes des professionnels que pour permettre aux gens d'être mieux accompagnés et mieux aidés.

Cette idée me correspondait bien, mais au début j'avais du mal à appréhender cet énorme chantier. J'ai présenté le projet aux chefs de service des 60 secteurs de psychiatrie et leur ai expliqué qu'on allait faire une formation-action croisée sanitaire et sociale et qu'il faudrait qu'ils détachent deux ou trois infirmiers de leur secteur ; une éducatrice faisait la même démarche que moi en ce qui concerne les CHRS. On expliquait que cette formation-action avait pour but que les gens se rencontrent, se connaissent sur un territoire donné ; on a divisé l'ensemble en 16 secteurs en groupes de 20 personnes, l'objectif final étant qu'après la formation qui durait une année complète et des stages croisés, les gens ne s'arrêtent pas et continuent à se voir pour créer des réseaux de précarité/santé mentale, en accord avec leurs institutions dont ils deviendraient les garants.

Ces réseaux une fois constitués avaient pour objectif d'organiser l'articulation. On a assuré les contacts avec tous ces gens, on les a décidés, ce qui n'a pas été toujours facile, malgré la gratuité de la formation. Il a fallu ensuite monter les formations (350 personnes à mettre en stages croisés), faire des conventions, etc...

En fin de formation, les formés devaient être capables de s'organiser eux-mêmes en réseau.

Nous sommes restés un an après avoir revu notre Comité de Pilotage pour organiser les réseaux, trouver une personne dans chaque groupe du sanitaire et du social, qui serait capable de prendre le pilotage du réseau afin que nous puissions nous retirer ensuite ; en fait on ne s'est jamais retiré à cause du turn-over. On a demandé un secrétaire, nous sommes restés pour maintenir le bon déroulement des réseaux et j'ai été détachée à mi-temps pour les réseaux avec un poste de coordinatrice régionale des réseaux précarité/santé mentale, et ma collègue du social aussi. On organisait des colloques pour que les réseaux se rencontrent, pour se rendre compte qu'ils avaient des problématiques communes, créer et échanger des nouveaux outils.

J'ai eu du mal à transmettre car j'avais peur que mes réseaux de précarité et de santé mentale « *casent la figure* » ; il n'y a pas seulement les choses qu'on peut transmettre, il y a aussi les choses qu'on fait avec sa propre personne, avec les liens qu'on a tissés qui sont les nôtres ; il n'est pas évident que ceux qui prennent la suite entretiennent les mêmes relations que j'avais, mais on ne peut pas tout donner car il y a des choses que l'on tisse soit même. Il faut aussi que l'autre ait envie de recevoir. Il faut aussi faire confiance. ■



# Maladie bipolaire et précarité du monde, un point de vue des usagers

**Patrick Jeannot,**  
Président de  
l'Association France  
Dépression Centre  
Ancien Président de  
l'Association Nationale  
France Dépression

**Le message que je voudrais transmettre sur le souci de la santé psychique en rapport avec la précarité du monde moderne est fondé sur le fruit d'une longue et difficile expérience de plus de quinze années en tant que malade bipolaire, avec douze hospitalisations en établissements psychiatriques à la clef, dont une en dépression profonde et onze dans des états graves de psychoses maniaco-dépressives, tout en créant, et ce en période d'invalidité, l'association France Dépression Centre en 2004**



La notion de précarité sociale a pris toute sa dimension en tant que phénomène exogène dans l'aggravation de ma pathologie. En effet, dès lors que la maladie rentre par effraction dans notre vie, nous avons à subir une sorte de double peine, la première étant d'endurer de terribles et indescriptibles souffrances psychiques, d'une part, et de prendre de plein fouet les rejets d'une société dite « normale », voire même par des proches, d'autre part, et ce par un manque évident d'informations donc d'incompréhension du

grand public. C'est pour l'une de ces raisons que je me suis engagé dans le mouvement associatif et également pour pouvoir défendre les droits des usagers en psychiatrie qui ne sont pas respectés encore à ce jour comme le sont d'autres patients dans le secteur en santé physique ; là aussi on peut parler de précarité dans le parcours des soins et notamment dans certains établissements.

Toutefois, cet engagement en tant que bénévole a été pour moi une formidable résilience, en ayant toujours à l'esprit de me comparer à des personnes en plus grandes difficultés que moi.

Une bonne santé psychique est basée sur l'alliance de phénomènes à la fois endogènes et exogènes sains, à savoir l'absence de facteurs génétiques dormants que peuvent nous transmettre nos ascendants (anxiété, troubles de l'humeur, schizophrénie pour exemples !), sachant que l'on peut être placé dans une précarité psychique dès la naissance ; puis une vie sans facteurs exogènes déclenchants (perte d'un être cher ou d'un emploi, d'un divorce, de harcèlements et de violences en général, etc.).

De plus, je reste persuadé qu'une bonne hygiène de vie par l'exercice physique régulier, le maintien d'un sommeil de qualité, une alimentation équilibrée, et une grande modération en général, permettent de se prémunir de beaucoup de risques et notamment sur le plan psychique.

De mon point de vue, et pour l'avoir vécu dans les deux sens, je suis rentré dans une forte

désociabilisation à la suite d'un important "burn out" lorsque j'exerçais dans une banque d'affaires, et suite à un surcroît de travail avec une mauvaise hygiène de vie depuis des années dans d'autres secteurs d'activités. Puis, avec une resocialisation progressive, après plusieurs années de prison mentale, je suis à même de mieux comprendre que l'état de précarité sociale dans lequel je me suis trouvé durant des années d'invalidité, avec de très faibles revenus, avait été un accélérateur et un amplificateur de la négativité de ma pathologie.

Sur la plan associatif, j'ai pu mesurer que nous étions en pleine guerre économique, et que de plus en plus de soldats en état de précarité psychique, financière, ou affective tombaient sur les champs de bataille de la mondialisation ; et pourtant je rencontre beaucoup d'hommes et de femmes de grande valeur qui ont exercé des métiers de toutes natures avec courage et passion, puis qui se retrouvent dans des situations inextricables. Parfois, il suffit d'une bonne dose de chaleur et d'humanisme pour qu'ils retrouvent le sourire et l'envie de s'en sortir.

A contrario, nous avons pu apprendre de M. Pascal de LIMA, économiste, lors de la IX<sup>ème</sup> Journée Européenne de la Dépression au ministère de la santé le 8 octobre dernier, que l'argent par excès engendre également chez les possesseurs, de graves troubles psychiques (anxiété, paranoïa, troubles de l'humeur) ; peut-être qu'un sens plus fort d'altruisme par des dons aux plus démunis, ou à des fondations par exemple, leur serait très certainement salutaire ! ■

# Transmettre : un équilibre entre conduite du changement et « (re)conduite » des habitudes

**David Chevallier,**  
Directeur de  
l'Observatoire Social de  
Lyon (OSL)

**La séance de travail touche à sa fin. Je discute avec un administrateur d'une association qui connaît l'Observatoire Social de Lyon (OSL) depuis une quinzaine d'année, alors qu'il avait commandité une étude sur la mobilité et avait apprécié l'apport de l'approche sociologique dans un secteur dominé par une vision très technique. S'ensuit un échange sur l'évolution de notre bureau d'études qui m'entraîne sur les terres de la liste des études, recherches et accompagnements menés depuis 25 ans par l'OSL et sur la figure centrale de son fondateur et précédent directeur, Christian Harzo. Puisant quelques références dans le passé, je me raccroche au présent, faisant souvent le lien avec les thèmes d'études actuels, pour constater la permanence des sujets de prédilection sur lesquels l'OSL travaille.**

Directeur de l'OSL depuis une année, je rencontre régulièrement cette situation qui m'est rapidement apparue paradoxale : devenir le porte-parole d'une histoire à laquelle je n'avais pas participé. Assurer une continuité constitue l'enjeu fondamental d'un processus de transmission. Cette continuité apparaît autant comme une capacité à conserver l'existant qu'à le modifier. En effet, toute transmission me semble être composée d'un équilibre entre conservatisme et progressisme.

La transmission porte donc en germe des conflits à partir de la tension qui existe entre conservation et changement. L'expérience que nous avons vécue à l'OSL a consisté à prendre le temps d'une transition « douce », faisant sa part à la conservation des habitudes sans compromettre les volontés d'évolution.

Dans la mise en œuvre d'un processus de transmission, la dimension patrimoniale est forte.

Elle consiste en « *une forme originale de production de continuité* » (J. Davallon, comment se fabriquer le patrimoine ? 2002). Comment rendre compte de l'héritage lorsqu'on transmet ? Nombre d'associations, d'entreprises, se vantent d'exister depuis 50 ans ou plus, mais que reste-t-il des savoirs et savoirs-faire ? Dans notre cas, l'OSL ambitionne de préserver ses richesses, issues de 25 ans de pratiques professionnelles.

Pour cela, il s'est agit de (re)nommer le projet et de distinguer ce qui faisait sens, collectivement. L'OSL a pris le temps, avant mon arrivée, puis en m'intégrant dans cette réflexion, de révéler et nommer les richesses, le socle de base qui fonde notre projet et d'en traduire des pistes de travail pour le futur. Cette « mise en patrimoine » permet de figer une histoire pour la partager et se mettre d'accord sur la valeur de ce qui est confié à l'avenir.



Au sein de l'OSL, nous avons ainsi débattu largement de notre positionnement, de notre histoire... Doit-on conserver notre positionnement généraliste, nous réorienter ? Quelle est notre plus-value, notre utilité sociale ? Les réponses apportées à ces questions ont permis de traduire un plan de développement sur 3 ans, mais elles ont surtout permis une (ré)appropriation des fondamentaux de la structure. Ma position dans ce travail a

consisté dans un premier temps à apporter un regard extérieur mais concerné, puis à m'impliquer complètement dans la rédaction du document.

L'OSL s'engageait, par cette transmission, sur une voie nouvelle. L'enjeu était de réussir la première transition de l'histoire de notre organisation. Nous partageons en interne le constat de la complexité et de la particularité de notre modèle. Notre bureau d'études associatif œuvre auprès des collectivités publiques et acteurs associatifs sur les questions urbaines et sociales. Ces particularités semblent en imposer d'autres : le modèle économique, la gouvernance, les relations partenariales... En appréhendant la phase de transmission, nous avons convenu avec le directeur sur le départ, de procéder par un temps de transmission suffisamment long pour permettre de mieux prendre en compte les spécificités du projet et sa dimension collective, afin de mieux les respecter. Donner ce temps au processus était une façon de s'assurer que la « conduite des habitudes » pourrait se mettre en place et a constitué un moment confortable où la transmission s'est déroulée sereinement.

Ainsi, la transmission s'est déroulée par « infusion » consistant en une intégration progressive de ce qui constitue l'OSL, en commençant par le « terrain » (mener des études, intégrer les études, le vocabulaire, les façons de faire de l'OSL), ce qui permet d'appréhender concrètement la culture du bureau d'études.

Enfin, dans l'effort qui est fourni pour assurer une continuité, je retiens en particulier le temps de célébration du projet. Cette célébration par ses rituels, ses rencontres et la possibilité qu'elle offre de construire un récit en commun est porteuse de richesse pour l'avenir et favorise la relation de confiance entre ses membres dont tout projet a besoin pour exister et se développer. ■

# Pour une prochaine Révolution Scientifique en Psychiatrie

## La souffrance humaine s'étend au-delà des moyens actuels de la psychiatrie.

**Joshua Sparrow,**  
Pédopsychiatre,  
professeur associé  
(Harvard Medical School)  
Directeur de stratégie,  
planification et  
développement des  
programmes, Brazelton  
Touchpoints-Center  
(Boston Children's  
Hospital), USA.

### Bibliographie

Bronfenbrenner U. (Ed.). (2004), « Making human beings human : Bioecological perspectives on human development ». The SAGE Program on Applied Developmental Science. Thousand Oaks : Sage.

De Paula Barreto A. (2010), « Thérapie Communautaire Pas à Pas » (Edition Française). Association Européenne de Thérapie Communautaire Intégrative, Amis de QuatroVaras.

Furtos J. (2007), Les Effets Cliniques de la Souffrance Psychique d'Origine Sociale in Mental' idées no 11.

Furtos J. (2008), Les cliniques de la précarité, Paris, Masson.

Furtos J., Sundram Suresh, « Globalisation and mental health : the Lyon Declaration », in Asian Journal of Psychiatry, Volume 5, Issue 3, pp 283-285, September 2012.

Kuhn TS. (1996), *The Structure of Scientific Revolutions 3<sup>rd</sup> Edition*. Chicago, University of Chicago Press.

Mitchell S. (2009), *Unsimple Truths: Science, Complexity, and Policy*. Chicago, University of Chicago Press

Rhizomes : n°43 « La mondialisation est un déterminant de la santé mentale », Janv. 2012. n°45 « La mondialisation, pour une écologie du lien social », Oct. 2012.

Sameroff A.J. (Ed.), (2009), *The transactional model of development : How children and contexts shape each other*. Washington, DC: American Psychological Association

Sandel MJ. (2012). *What Money Can't Buy: The Moral Limits of Markets*. New York: Farrar, Straus and Giroux.

La santé mentale ne se construit d'abord ni dans les cliniques ni dans les cabinets de consultation, mais surtout dans la rue, dans les quartiers, dans la famille, dans les institutions où les vies évoluent tous les jours – les écoles, les lieux de travail, etc. Elle est menacée là aussi par les forces globales qui influencent ce lieu de vie sociale. Les moyens actuels de la psychiatrie ne suffiront pas, tant qu'ils se cloisonneront et se pratiqueront après coup.

Les êtres humains sont des créatures sociales. Leurs capacités relationnelles sont à la base du succès reproductif de l'espèce (E.O.Wilson, 2012). Pourtant, ce sont ces capacités sociales qui ont aussi mené à la concentration du capital, à la monopolisation des ressources et du savoir officiel, à la réorganisation de la productivité humaine et à la fragmentation des processus relationnels thérapeutiques en actes médicaux.

Aux Etats-Unis, tout cela s'infiltré dans les écosystèmes humains, modifiant les processus relationnels du développement humain et de la construction de la santé mentale. Par exemple, les médias de masse remplacent l'échange multidirectionnel entre les membres des systèmes humains avec une transmission unilatérale de valeurs, de croyances, et d'objectifs, tous provenant des entités corporatives. La domination de ces valeurs extrinsèques mène à l'auto-exclusion (J.Furtos, 2008) de ceux qui n'adhèrent pas à cette culture, ou bien à une inclusion virtuelle et commercialisée.

Les qualités sont réduites à des quantités par la monétisation des sens et des différences. Les savoirs humains cumulés à travers les siècles,

selon les spécificités de chaque région du globe, sont forcément simplifiés et homogénéisés par l'échelle des multinationales et leur distance des contextes locaux. Sans nostalgie pour le passé, et tout en reconnaissant que certaines de ces technologies ont produit des améliorations incontestables de la condition humaine, il est clair que le but du profit à court terme se trouve souvent en opposition avec la survie et la reproduction de l'espèce. Les forces du marché ne suffisent pas à relier humainement les membres des systèmes humains dans la poursuite de leurs buts primordiaux (M. J. Sandel, 2012).

Les voisinages, conteneurs physiques des unités sociales, ont été remplacés par les « *built environments* » qui ne sont plus à l'échelle humaine et faussent les interactions. Les centres commerciaux ont remplacé les magasins de quartier où propriétaires et clients créaient une couche de connectivité sociale.

Comme les autres grandes entreprises américaines, ils n'offrent que des postes à temps partiel, mal payés, sans protection sociale. Le contact entre les membres des familles est brisé par le déplacement de l'emploi en dehors du « *village* » et l'invention des banlieues, séparant géographiquement les lieux de vie et de travail.

Le remplacement d'une économie agricole de subsistance indigène par celle de la monoculture coloniale dans un village brésilien sert d'exemple extrême : lorsque les mères ont dû s'écarter de leur jardins potagers pour travailler loin de leurs enfants dans les champs de canne à sucre, le taux de mortalité infantile a grimpé de 50 % (N. Scheper-Hughes, 1993). Aux Etats Unis, une faille s'est ouverte dans les familles où se sont insinués la télévision et d'autres gardes d'enfants électroniques. Par là passent l'aliénation et les

valeurs de la consommation et de chacun pour soi.

À côté de ces atteintes aux processus interactifs des familles, des voisinages et des communautés, émerge une proximité nouvelle des individus venant de voisinages lointains. Paradoxalement, ces nouveaux liens surgissent des technologies rendues possibles par la concentration du capital au-delà des unités sociales à l'échelle humaine. Leurs usages subvertissent parfois ceux prévus à l'origine, mais il reste à voir quels liens seront possibles digitalement entre ces individus, et quels systèmes humains ils forgeront. Bien qu'on leur attribue le « *printemps arabe* » et d'autres mouvements promoteurs et parfois décevants, il faudra scruter de près toutes les facettes de ces technologies les plus récentes. Elles rétrécissent le globe, sans doute, et le rassembleront peut-être autrement, mais ne reproduisent pas les qualités de communication du lien humain (D.N. Stern, 2010). De plus, Google, Facebook et Apple jouent selon les mêmes règles que les autres multinationales – le profit d'abord. La possibilité de nouveaux liens, plus rapides, plus nombreux, et peut-être libérateurs, mais peut-être aussi plus superficiels et moins fiables, sert à occulter leur monopolisation de la distribution des biens culturels, et l'expropriation des données personnelles de leurs consommateurs.

Au cœur de la désynchronisation des structures corporatives globales faces aux autres unités sociales se trouvent les systèmes dynamiques et développementaux qui dépendent des capacités relationnelles. Comme une cellule, ou l'organisme humain, ou les autres systèmes biologiques, les systèmes humains sont faits de membres constitutifs qui, réunis ensemble, font plus que la somme de leurs parties et se transforment mutuellement



## Pour une prochaine Révolution Scientifique en Psychiatrie (suite de la page 29)

à travers l'interaction de leurs liens. C'est justement la qualité des relations entre les membres d'un système, les capacités de transmission et de réception des signaux multidirectionnels, et la co-création du sens à l'intérieur des liens, qui permettent aux membres du système de s'adapter continuellement les uns aux autres et à leur environnement (U. Bronfenbrenner, 2004; A.J. Sameroff, 2009). C'est peut-être avant tout parce que les familles et les communautés sont des systèmes dynamiques, développementaux et relationnels, que les structures globales ne peuvent pas capter l'essentiel de leurs signaux et de leurs sens, et répondent avec des raccourcis parfois anodins, parfois inefficaces, mais souvent nocifs (J. D. Sparrow, 2010).

### Que peut faire la psychiatrie face à cette désynchronisation qui menace la santé mentale ?

La nature et l'échelle de la souffrance humaine demandent plus que l'approche actuelle – un patient à la fois découpé, décontextualisé, sans moyens de prendre soin. Mais l'évolution des moyens de la psychiatrie est contrainte aussi par des limites structurales semblables à celles des entités corporatives. Trop éloignée des autres systèmes humains pour capter les données essentielles, la pertinence de la psychiatrie est compromise en partie par ses agendas établis sans la participation des autres systèmes humains, et en partie par les limites actuelles de la science qu'elle embolise et qu'elle produit.

Depuis quelques décennies, la physique, la chimie et la

biologie se servent de nouvelles approches plus adaptées à la complexité des processus interactifs et « émergents » des systèmes et des interactions entre les systèmes, jusqu'alors artificiellement isolés pour des raisons heuristiques (S. Mitchell, 2009). Une transformation épistémologique est en cours où de nouvelles méthodes dépasseront les modèles de causalité linéaire et réductionniste, où les domaines du savoir seront reliés et intégrés. Poussé aussi par les avancements des sciences cybernétiques (dont les implications sont ambiguës) et de la neuroscience, ce mouvement changera éventuellement la psychiatrie.

Lorsque l'insuffisance d'un paradigme se révèle, une révolution scientifique se prépare (T.S. Kuhn, 1996). Un nouveau paradigme psychiatrique tiendra compte de la construction de la santé mentale à l'intérieur des systèmes humains et des forces économiques, politiques et technologiques qui la menacent. Pour ce faire, une nouvelle psychiatrie collaborera avec d'autres domaines du savoir, étendra son travail préventif à l'échelle des populations, élaborera des moyens d'action politique à l'échelle locale, nationale, et globale. Pour éviter les limitations de l'ancien paradigme, il faudra aussi comprendre le savoir lui-même autrement, comme le propose la Déclaration de Lyon du 21 Octobre 2011 (Cahiers de Rhizome n°43, Janvier 2012).

Il faudra faire une nouvelle place aux « objets » des soins psychiatriques ou préventifs. Il faudra accueillir à titre égal leurs



données, leurs connaissances, leurs propres sciences (L. Tuhiwai Smith, 2002), jusqu'alors largement ignorées par les savoirs et les technologies officielles du complexe médico-industriel dont une des grandes faiblesses aura été sa distance avec ceux qu'il devait servir. Il faudra créer de nouvelles méthodes de co-construction du savoir. La psychiatrie conceptualisera les « objets » comme sujets, « l'autre » comme « nous tous ». Le « *community-based participatory research* » (recherche communautaire et participative) et le « *crowd-sourcing* » (approvisionnement par la foule digitale) sont des exemples généraux, parmi d'autres, des changements déjà en cours ainsi que les méthodes de « *Thérapie Communautaire* » (De Paula Barreto, 2010), les réseaux et travaux de l'Observatoire National des Pratiques en Santé Mentale (Lyon, France), et la consultation collaboratrice (J.D. Sparrow, 2010).

Les moyens de production du savoir et le savoir lui-même seront redistribués pour que les membres des systèmes humains participent pleinement à assurer la qualité des liens dont dépend l'espèce entière. ■

#### Bibliographie

Scheper-Hughes, N. (1993), *Death without weeping: The violence of everyday violence in Brazil*. Berkeley: University of California Press.

Sparrow J. D. (2010), *Aligning systems of care with the relational imperative of development: Building community through collaborative consultation*. In B. Lester, J. D. Sparrow, (Eds.),

*Nurturing children and families: Building on the legacy of T. B. Brazelton*. Oxford: Wiley-Blackwell, pp.15-27

Stern DN. (2010), *Forms of Vitality: Exploring Dynamic Experience in Psychology, The Arts, Psychotherapy, and Development*. Oxford: Oxford University Press.

Tuhiwai Smith L. (2002), *Decolonizing methodologies : Research and indigenous peoples*. Dunedin, New Zealand: Zed Books – University of Otago Press.

Wilson EO. (2012), *The Social Conquest of Earth*. New York : Liveright.

## Des pages tournées, un livre à fermer, continuer de rêver

**Naason**

**Munyandamutsa\***,

Psychiatre-  
Psychothérapeute  
Enseignant de  
Psychiatrie à  
L'Université Nationale  
du Rwanda  
Directeur Adjoint de  
l'Institut de Recherche  
et Dialogue pour la  
Paix (IRDP), Kigali/  
Rwanda  
Professeur Invité  
(Novembre-Décembre  
2012), Université  
Lumière Lyon 2.

\* Naason Munyandamutsa est connu dans la communauté internationale pour son action au Rwanda après le génocide, en qualité de psychiatre et de citoyen. Il a reçu le prix des droits de l'homme de la ville de Genève en 2011.

### Bibliographie

« Rien ne nous rend plus grands... Alfred de Musset cité par Daniel Ajzenberg. Dans « Violences chaudes, violences froides, sous la direction de Joyce Ain, Erès 2012, page 155.

Raymond Gurème : « Donner un équilibre à ceux qui viennent après nous. » Dans « Amnésie Internationale, Transmettre. »

Eric Semerdjian, « Orphelins d'une reconnaissance Jamais Octroyée » Dans « Amnésie Internationale, Transmettre. »

**Autour d'une discussion banale, en parlant d'héritage, avec ma très jeune fille, je me rappelle lui avoir dit que c'est de mes rêves qu'elle devra hériter !**

Mais quels rêves, qui ne sauraient faire corps dans l'ici et maintenant, mais qui devraient avoir assez de poigne pour me porter et me retenir dans cette vie qui se fait témoin d'une souffrance, qui anime ceux qui viennent me voir et qui m'apprennent que savoir souffrir c'est aussi vivre !

Mes rêves sont peut-être la reprise et la réponse aux dernières paroles de ma mère, lors d'un au revoir qui deviendra par la suite, irrémédiablement, un adieu : « *Vas vite, ne tournes pas ton regard et ne reviens surtout pas dans ce pays de malheur avant d'être devenu un homme !* »

Presque comme cet extraordinaire film de Mihaleanu : « *Va, vis et devient* ».

Vouloir devenir un homme m'a-t-il animé, pour pouvoir accompagner des hommes et des femmes à la recherche de l'humain dans l'homme, pour devenir enfin humain ?

Je crois, en effet, que l'ambition de devenir un homme appelle l'impératif de s'interroger constamment sur le rapport à l'autre, qui, hélas, convoque en même temps la peur de l'anéantissement, avec son cortège de souffrances et de douleurs. La douleur d'avoir été jeté tout seul dans ce monde où l'on devient seul au milieu du monde.

Les dernières paroles de ma mère transmettaient en même temps la douleur et l'espoir. Elle les a prononcées un soir d'adieu d'août 1992, bien bref, alors que je fuyais la mort, en même temps qu'elle même attendait et sentait sa mort prochaine, qui allait être décrétée, et non pas survenir, en 1994.

Mes enfants pourront-ils apprendre, avec moi, comment souffrir sans disparaître !

Alfred de Musset affirmait ceci quant à lui : « *Rien ne nous rend plus grand qu'une grande douleur. L'homme est un apprenti, la douleur est son maître* ».



Loin de moi l'idée de souhaiter à quiconque de souffrir et de négocier avec l'horreur, pour enfin devenir un homme. Cependant, nos sociétés n'ont pas fini de fabriquer la douleur et d'infliger la violence froide qui arrache les hommes et les femmes à leurs liens vivifiants !

L'une des forces qui m'a animé, ces deux dernières décennies, au sein de cette société dans la précarité, c'est d'être parvenu à croire qu'à la suite des violences extrêmes, il est possible de créer et de continuer à créer, pour rebondir. Je sais aussi qu'il est important d'être porté, d'aimer et d'être aimé, d'appartenir et de penser, pour y parvenir.

Dans quelle mesure cette détermination d'apprendre à « être avec » m'a-t-il aussi animé ? Dans quelle mesure ceci constitue aussi un morceau de mes rêves transmissibles !

Apprendre à être avec, c'est aussi apprendre à décrypter, à devenir déchiffreur, traducteur de langues étranges et étrangères et enfin interprète des paroles et des silences de l'exil interne, qui nous appartiennent et appartiennent à l'autre.

Ce besoin de transmettre, qui nous conduit à aller puiser dans ce passé qui nous fait peur, constitue aussi un champ de travail qui nous anime.

Car autant le passé nous a convié à divers échanges autour du droit de rêver, de se déterminer et d'influencer notre destinée, autant le passé traumatique de la massivité des pertes que nous avons subies n'arrête pas de

revenir pour habiter le présent déjà précaire !

Ce passé qui refuse de passer pourra-t-il fléchir, face au devoir de mémoire qui voudrait que je refuse l'amnésie avec la dernière énergie, vis-à-vis de ma mère, cette femme visionnaire, assassinée en 1994, après m'avoir convié lors de notre ultime rendez-vous au devoir de rêver devenir un homme.

C'est sur ce genre de passé qu'Eugène Caselli attire notre attention : « *Maintenir éveillée la conscience du passé qui ne doit pas passer* ».

Je pense, en effet, que la détermination de ne pas laisser seuls ceux que Pierre Vidal-Naquet appelle « *les assassins de la mémoire* », dans la salle de spectacle, nous anime aussi, au sein de cette société qui a tant suscité d'exclusion.

Ainsi, à force de tourner les pages, j'en viendrai à fermer le livre de rêves que je pourrai transmettre à mes enfants.

Car enfin, la transmission, comme dirait Gurème, c'est donner un équilibre à ceux qui viennent après nous, leur dire d'où ils viennent, pour qu'ils sachent ensuite mener leur propre vie.

Si donc aujourd'hui, je devais passer dans l'au-delà, mes enfants auront peut-être reçu en héritage cette dynamique de transmission de rêves, où ils pourront lire, comme le formulait si bien Eric Semerdjian : « *Ce livre est la tombe refermée d'un passé recomposé que vous, mes enfants, n'aurez plus à convoquer, sauf pour vous en servir comme bouclier contre l'empêchement* ». ■

## Nous avons lu

### ■ Les travailleurs sociaux

*Bertrand Ravon, Jacques Ion, Editions La Découverte, 8<sup>ème</sup> édition (2012).*

Cette nouvelle édition de l'ouvrage de B. Ravon et J. Ion revient sur l'évolution des catégories « traditionnelles » des travailleurs sociaux (assistantes sociales, éducateurs spécialisés, animateurs socioculturels...), mais aussi sur l'apparition de ces nouvelles professions (aide-ménagères, femmes-relais, médiateurs, agents de développement...) qui s'identifient comme de nouveaux travailleurs sociaux. Leur arrivée dans les structures médico-psychosociales modifient ainsi la place qui jusque était accordée à cette profession mais aussi ses relations avec les autres professions.

### ■ Cliniques de l'extrême

*Vincent Estellon, François Marty. Ed. Armand Collin, Collection « Regards Psy » (2012).*

Voir l'ouvrage collectif sur les cliniques de l'extrême qui concerne des situations au bord de l'expérience humaine, et qui oblige à repenser la théorie du sujet, le processus de subjectivation et les théories du traumatisme psychique.

### ■ Le Malêtre

*René Kaës, Ed Dunod, Collection Psychismes (2012).*

Cet ouvrage traite de l'apport de la psychanalyse contemporaine dans la compréhension des nouvelles formes de la souffrance psychique qualifiées par le néologisme de *malêtre*. Il s'inspire des pratiques de la psychanalytise dans ses relations avec les groupes, les familles et les institutions. L'auteur s'engage et s'implique sur un livre à la fois très conceptuel et très personnel ; il vise à dépasser le « malaise dans la culture » (Freud) par une écriture ajustée au contexte de l'hyper modernité et de la mondialisation.

### ■ Souffrance psychique des sans abris : vivre et survivre

*Alain Mercuel, Ed Odile Jacob (2012).*

Ouvrage très documenté et plein d'humanité.

### ■ Une histoire de l'empathie

*Jacques Hochmann, Ed Odile Jacob (2012).*

Ouvrage précieux pour cerner un concept très utilisé à notre époque.

### ■ L'art d'ignorer les pauvres

*John Kenneth Galbraith, Le Monde Diplomatique, LLL (2011).*

### ■ Mères et bébés sans-papiers

*Une nouvelle clinique à l'épreuve de l'errance et de l'invisibilité ?*

*Sous la direction de Christine Davoudian (ERES 2012).*

Comment mettre au monde et inscrire un enfant dans un lieu d'où soi-même on est exclu ? Il existe en France de plus en plus de femmes enceintes, de mères avec leurs bébés, issues de parcours migratoires chaotiques, confrontées à une extrême précarité et souvent à l'errance.

Par cet ouvrage, les auteurs souhaitent contribuer à faire sortir de l'invisibilité les mères et les bébés sans-papiers afin de leur offrir un accueil qui ne saurait souffrir aucun mode d'exclusion.

### ■ Revue Filigrane. Psychanalyse et engagement

*Sophie Gilbert, Véronique Lussier, Annick Passelande, Jean Furtos, Anthony Bourgeault. Vol. 21, N° 1 (printemps 2012).*

La question de l'engagement est cruciale en période précaire. L'un des textes porte sur l'engagement en clinique psychosociale.

### ■ Protéger et rendre capable

*Benoît Eyraud ERES (2013)*

Reprise importante d'une thèse inaugurale sur la problématique des "incapables majeurs"

## Agenda

### ■ V<sup>ème</sup> congrès international du Réseau international francophone de la recherche qualitative,

Organisé par le domaine Sociologie, politiques sociales et travail social de l'Université de Fribourg (Suisse)

Renseignement : [www.unifr.ch/travsoc/rifreq2013](http://www.unifr.ch/travsoc/rifreq2013)

### ■ 13<sup>ème</sup> Conférence SMES Europa, HOME-less & home-FIRST,

dignité et appartenance - santé et bien-être

Rome 6-7-8 Mars 2013

Renseignement : [smeseu@smes-europa.org](mailto:smeseu@smes-europa.org) ; [www.smes-europa.org](http://www.smes-europa.org) <<http://www.smes-europa.org/>>

*Nous remercions Jacques Chananeille, responsable de l'Atelier de Peinture Intersectoriel du C.H. Le Vinatier, ainsi que les artistes pour le prêt de leurs œuvres.*

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

- Guy ARDIET, psychiatre (St-Cyr-au-Mont-d'Or)
- François CHOBEAUX, sociologue (CEMEA Paris)
- Valérie COJIN, dr en psychologie, ONSMP
- Jean DALERY, prof. de psychiatrie (Univ. Lyon 1)
- Philippe DAVEZIES, enseignant, chercheur en médecine du travail (Univ. Lyon 1)
- Bernard ELGHOZI, médecin (Réseau Créteil)
- Laurent EL GHOZI, président ESPT
- Benoît EYRAUD, sociologue (Lyon)
- Carole FAVRE, infirmière (Le Cannet)
- Carole GERBAUD, responsable associatif (Bourg en Bresse)
- Marie GILLOOTS, pédopsychiatre (Nanterre)
- Alain GOUFFES, psychiatre (UMAPP Rouen)
- Christian LAVAL, sociologue, ONSMP
- Antoine LAZARUS, prof. santé publique (Bogigny)
- Jean-Pierre MARTIN, psychiatre (Paris)
- Alain MERCUEL, psychiatre (St Anne Paris)
- Eric MESSENS, psychologue (Bruxelles)
- Gladys MONDIERE, dr en psychologie (Lille)
- Pierre MORCELLET, psychiatre (Marseille)
- Christian MULLER, psychiatre (Lille)
- Eric PIEL, psychiatre (Paris)
- Gilles RAYMOND, chargé d'études PJJ
- Pauline RHENTER, politologue (Lille)
- Rose-Marie ROYER, USH (Paris)
- Olivier QUEROUIL, conseiller technique fonds CMU (Paris)
- Nicolas VELUT, psychiatre (Toulouse)
- Benjamin WEIL, psychiatre (Lille)

Contact rédaction :  
 Elisabeth ARNAUD - Tél. 04 37 91 53 90



ONSM-ORSPERE

CH Le Vinatier, 95, Bd Pinel  
 69677 Bron Cedex  
 Tél. 04 37 91 53 90 Fax 04 37 91 53 92  
 E-mail : [orspere@ch-le-vinatier.fr](mailto:orspere@ch-le-vinatier.fr)  
 Web : [www.orspere.fr](http://www.orspere.fr)  
 Impression : Imprimerie BRAILLY (St-Genis-Laval) - Tél. 04 78 86 47 47  
 Conception : Crayon Bleu - Tél. 04 72 61 09 99  
 Dépôt légal : 2302 - Tirage : 10 000 ex.  
 ISSN 2117-4520  
 N° CPPAP 0910B05589