

Université Lumière Lyon 2
Faculté d'Anthropologie et de Sociologie
Ecole doctorale : Sciences Humaines et Sociales

Thèse

Pour obtenir le grade de Docteur en Anthropologie et en Sociologie

Le traitement clinique de la précarité

**Collectifs d'intervention, parcours de vulnérabilité,
pratique de *care***

*L'exemple du Carrefour Santé Mentale Précarité
du département de l'Ain*

Guillaume PEGON

Thèse dirigée par Bertrand RAVON, Professeur à l'Université Lumière Lyon 2

Présentée et soutenue publiquement le 25 février 2011

Membres du jury

Mme Isabelle ASTIER, Professeure à l'Université de Picardie.

Mr Olivier DOUVILLE, Maître de conférences à l'Université Paris X Nanterre.

Mr Gilles HERREROS, Professeur à l'Université Lumière Lyon 2.

Mr Bertrand RAVON, Professeur à l'Université Lumière Lyon 2.

Mme Shirley ROY, Professeure à l'Université du Québec à Montréal.

Mr Jean-Jacques TABARY, Psychiatre, responsable du Carrefour Santé Mentale Précarité au Centre Psychothérapique de l'Ain.

RESUME

Titre : Le traitement clinique de la précarité - Collectifs d'intervention, parcours de vulnérabilité, pratique de *care* - *L'exemple du Carrefour Santé Mentale Précarité du département de l'Ain*

Cette thèse porte sur un dispositif de traitement clinique de la précarité : le Carrefour Santé Mentale Précarité du Centre Psychothérapique de l'Ain. Ce dispositif, créé dans le cadre des politiques publiques d'accès à la prévention et aux soins (article 71 de la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions), met en réseau des professionnels de la santé mentale (travailleurs sociaux, infirmiers, psychiatres, psychologues, cadres infirmiers) qui partagent le même souci de se tenir au chevet d'individus présentant un mal-être psychique en lien avec une impossibilité, récente ou plus ancienne, de s'affirmer sujet de leur propre vie. A partir de l'analyse des pratiques - d'accueil, de prise en charge, d'accompagnement, d'orientation - de ces cliniciens de la précarité ainsi que de l'analyse des modalités de cadrage de ces pratiques - organisation des activités, corpus doctrinaux de référence, modalités d'évaluation des pratiques professionnelles -, il s'agit de comprendre, d'une part, comment se reconfigurent les dispositifs de protection issus des nouvelles politiques de l'Etat social actif concernant la lutte contre l'exclusion sociale et, d'autre part, comment se transforment les processus d'individuation qui sous-tendent ces pratiques et dispositifs.

La thèse met en évidence l'émergence de *collectifs d'intervention* qui, par un travail de reconnaissance du *parcours de vulnérabilité* des personnes en situation de précarité, engagent une pratique spécifique de soin qui relève du *care*. A partir de la clinique psychosociale de la perte des attachements de la personne, l'enjeu consiste à maintenir et/ou réparer la sociabilité des personnes en situation de précarité. Les cliniciens de la précarité développent une pratique que nous pourrions qualifier d'écologique dans le sens où ce qui constitue l'adresse du lien à étayer n'est déterminé que par l'individu lui-même en lien avec tout ce qui le relie au monde. Son corps, sa subjectivité et l'ensemble des êtres et objets présents dans son environnement (famille, culture, travail, droits, santé, argent, etc.) forment les principaux supports de l'intervention. Pour connaître ce par quoi la personne en souffrance tient et se tient dans la société, les cliniciens se mobilisent en réseau, partagent la connaissance qu'ils ont de la personne et, ce faisant, se font collectivement ethnographes de ses attachements, quitte à mobiliser dans cette ethnographie personnalisée tous les corpus doctrinaux ressources et toutes les épistémologies (sociologie, anthropologie, psychologie, médecine, santé publique, économie, philosophie, etc.) leur permettant de mieux situer/comprendre ces attachements. A travers cette clinique en réseau, les cliniciens tentent de maintenir une forme collective de solidarité thérapeutique où les bénéficiaires de l'intervention ne sont plus tant considérés comme autonomes et abstraits qu'interdépendants et concrets.

La description analytique détaillée de cette nouvelle forme de traitement clinique nous permet de montrer comment les politiques de santé mentale au front de l'exclusion ne peuvent plus être interprétées seulement en termes de prestations sociales et d'offres de soin qu'il s'agirait de redistribuer en contrepartie de l'activation des individus, mais plutôt comment elles correspondent aussi, du fait de l'engagement de certains cliniciens, à de nouvelles manières de penser et d'assurer le maintien de ces individus en reconnaissant à la fois leurs droits et les multiples formes d'attachements qui les relient au monde.

Mots clefs : santé mentale ; précarité ; Etat social actif ; *care* ; dispositif-réseau ; interdépendance ; psychosocial ; solidarité ; individuation

ABSTRACT

Title: The clinical treatment of social vulnerability - Collectives of action, vulnerability paths, practice of care - The example of the “Mental Health and Social Vulnerability Crossover Tool” as used in the Ain department of France

This thesis concerns an instrument for the clinical treatment of social vulnerability known as the “Mental Health and Social Vulnerability Crossover Tool”. Based at the Ain Psychiatric Hospital, this instrument, set up under the framework of government policy on access to prevention and health care services (article 71 of the French law dated 29 July 1998 on guidelines for social exclusion management), is composed of a network of mental health professionals (social workers, nurses, psychiatrists, psychologists, health managers) who share the same desire to support individuals with psychological suffering resulting from a recent, or more distant, inability to assert themselves as subjects of their own life. An analysis of the practices (reception, assistance, support, counseling, referral) adopted by these clinicians as well as an analysis of how their practices are formalized (organization of activities, reference bodies of doctrine, methods for assessing professional practices) will be used to examine two issues: how both protection systems resulting from the enabling State’s new policies to fight social exclusion, and the underlying individuation processes are transformed.

This thesis highlights the emergence of collectives of action who work to recognize the paths of people in social vulnerable situations, employing a very specific clinical practice which falls into the realm of care. The aim was to maintain and/or recover the sociability of persons in socially vulnerable situations based on the psychosocial approach of the loss of attachments. Clinicians have developed what can be qualified as ecological practice, in that the benefit of the link to be reinforced is determined by the individual themselves, in relation to all the supports which connect them to the world. Their body, its subjectivity and all the beings and objects present in their environment (family, culture, work, rights, health, money, etc.) form the basis for this intervention. In order to find out what binds the person in difficulty to and gives them a place in society, the clinicians work as a network, sharing their knowledge of the person and, in doing so, act as ethnographers of the person’s attachments, using all the reference bodies of doctrine and epistemologies (sociology, anthropology, psychology, medicine, public health, economy, philosophy etc.) to better situate/understand these attachments. This clinical practice in a network helps clinicians to preserve a form of collective therapeutic solidarity in which the beneficiaries of the intervention are no longer considered as independent and abstract but rather interdependent and concrete.

A detailed analytical description of this new form of clinical treatment will allow us to show how mental health policies at the forefront of the fight against exclusion cannot be interpreted purely in terms of social services and care provision, redistributed in exchange for the activation of individuals. They must also be considered in terms of how they also correspond - thanks to the work of convinced clinicians - to new ways of thinking and to ensuring the preservation of these individuals, both by recognizing their rights and the multiple attachments that connect them to the world.

Keywords: mental health; social vulnerability; enabling State; care; network instrument; interdependence; psychosocial; solidarity; individuation

REMERCIEMENTS

Faire de la recherche, écrire, c'est l'affaire du peuple, d'une « meute », et non la petite histoire privée d'un individu, diraient DELEUZE et GUATTARI. Il s'agit d'une activité collective, d'un engagement, où le doctorant se positionne à travers tout un ensemble d'« agencements collectifs d'énonciation ». En ce sens, cette thèse n'est pas écrite à l'intention des cliniciens de la précarité ou des chercheurs en sociologie mais elle n'est pas non plus écrite sans eux. Ainsi je tiens à faire part de toute ma gratitude à ceux qui par leur intégrité et leur sagesse, m'ont guidé et inspiré dans l'élaboration de cette recherche.

Je remercie ainsi :

Bertrand RAVON pour son sens clinique du contrat pédagogique qui m'a permis de me confronter, en confiance, à la solitude nécessaire à ce travail de créativité bien ancrée, pour m'avoir transmis une grande partie de tout ce que je crois comprendre de la sociologie, pour avoir été souvent bien davantage qu'un directeur de thèse.

Jean-Jacques TABARY pour son sens de l'anthropologie dans la relation d'aide, pour son goût de la tactique dans la coordination à vue, pour avoir été un inspirateur talentueux d'une psychiatrie qui sait frayer avec son environnement.

Jacques ION, qui a codirigé cette thèse dans ses débuts, pour ses éclairages malicieux et son écoute bienveillante qui ont contribué à maintenir l'enthousiasme et à « ne rien lâcher ».

Tous les référents du Carrefour Santé Mentale Précarité, et plus particulièrement Jacqueline MICHELARD, Line BEUCHET, Françoise SCHMITT et Michel COLOMBANI pour m'avoir accueilli auprès d'eux avec humour et sans trop craindre le regard de l'apprenti chercheur.

Les équipes éducatives des CHRS et du 115 du département de l'Ain, pour leurs témoignages.

Tous les membres de l'équipe 3 du laboratoire MoDyS et de son séminaire « *Nouveaux dispositifs d'intervention sociopsychique et travail d'attachement* » et plus particulièrement Caroline MARTINEZ, Béatrice DERIES et Sabine VISINTAINER pour les longues discussions à la frontière des disciplines.

Toute l'équipe du séminaire « *Demande sociale, politique et recherche à propos des situations de sans abris dans les villes* » animée par Pascale PICHON pour avoir suscité sur le tard de nouvelles pistes de réflexion qui se sont révélées essentielles.

Toute l'équipe de l'ORSPERE-ONSMP pour avoir soutenu ce travail dès son origine.

Les membres de la jeune Association Française de Psychologie Communautaire, et plus particulièrement Thomas SAIAS, pour faire vivre un collectif engagé pour le développement communautaire en santé mentale, approche avec laquelle cette thèse entretient de nombreuses connexions.

L'équipe administrative du laboratoire MoDyS Saint-Etienne et tout particulièrement Zoubida THOMASSET pour sa patience et sa bonne humeur à toute épreuve.

Les institutions qui m'ont soutenu financièrement : le Conseil Régional Rhône-Alpes à travers une allocation de recherche (années 2006, 2007, 2008) dans le cadre du programme *Emergence* (projet n°1267), et la Fondation de France à travers une subvention (année 2007) dans le cadre de l'appel à projets *Maladies Psychiques et vie sociale des personnes adultes* (projet n°2006006392).

Ma famille et tout particulièrement mes parents, Eveline et Yves, pour toujours avoir étayé mes « pourquoi » incessants et pour m'avoir transmis un certain goût de l'endurance dans la recherche de réponses.

Ma femme, Emeline, pour la constance de son soutien, pour avoir supporté, une fois de plus, les nombreux retraits relationnels qui m'ont parcouru pendant cette longue période de recherche, pour avoir su prendre soin de cette forme peu ordinaire de gestation.

Une pensée enfin pour mes ami(e)s, et plus particulièrement Fabien, qui ont su assurer une sérieuse hotline affective dans les moments chauds de l'écriture.

« Tous les individus ont des supports, mais tous les supports ne permettent pas, et de loin, la réussite de l'individuation. L'étude de cette dimension devrait ainsi mener à terme la sociologie vers l'analyse de dimensions pathologiques d'une autre nature, et avec un autre regard, que celui qu'y porte la psychologie. Pour cela, il faudra prendre acte qu'à côté du rôle du langage, et des divers efforts de narration de soi, les supports, par le biais de leur diversité, de leur variation et de leur différentiel de légitimité sociale, dégagent des espaces, pratiques et symboliques, susceptibles de donner lieu à une thérapeutique proprement sociale. Le registre des malaises à repérer sur ce versant devrait même dans un premier moment s'autonomiser intellectuellement de tout héritage psychopathologique afin de mieux cerner la spécificité des profils en action. Faute de cela, les études sociologiques, dans leur vocation thérapeutique, resteront condamnées à n'être qu'une glose de la psychologie. »

MARTUCCELLI D., (2002), *Grammaires de l'individu*, Paris, Folio essais, p. 138-139.

LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANPE	Agence Nationale Pour l'Emploi
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CAP	Centre d'Accueil Permanent
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CIP	Cadre Infirmier de Proximité
CIS	Cadre Infirmier Supérieur
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CMP	Centre Médico-Psychologique
CPA	Centre Psychothérapique de l'Ain
CSMP	Carrefour Santé Mentale Précarité
CTLI	Commission Technique Locale d'Insertion
DDTE	Direction Départementale du Travail et de l'Emploi
DGS	Direction Générale de la Santé
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DIPAS	Direction de la Prévention et de l'Action Sociale
ERSP	Espace Régional de Santé Publique
HAD	Hospitalisation A Domicile
EMSMP	Equipe Mobile Santé Mentale Précarité
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
MSA	Mutualité Sociale Agricole
ORS	Observatoire Régional de Santé
ORSAC	ORganisation pour la Santé et l'ACcueil
ORSPERE- ONSMMP	Observatoire Régional de la Souffrance Psychique En Rapport avec l'Exclusion- Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité
OPHLM	Office Public d'Habitations à Loyer Modéré
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PDI	Programme Départemental d'Insertion
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRS	Programme Régional de Santé
PRSP	Programme Régional de Santé Publique
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
SAHI	Schéma d'Accueil Hébergement Insertion
SAMU	Service d'Aide Mobile d'Urgences
SAU	Service d'Accueil et de traitement des Urgences
SAO	Service d'Accueil et d'Orientation
SDHIS	Schéma Départemental d'Hébergement et d'Insertion Sociale
SMUR	Service Mobile d'Urgences et de Réanimation
SPEL	Service Public de l'Emploi Local
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

SOMMAIRE

RESUME	2
ABSTRACT	3
REMERCIEMENTS	4
LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS	7
SOMMAIRE	8
INTRODUCTION GENERALE	13
Ouverture d'un espace public de traitement clinique de la précarité	16
I. L'émergence de collectifs d'intervention à l'articulation de la psychiatrie et du travail social	16
II. Le parcours de vulnérabilité du « sujet social » : l'objet des cliniques de la précarité ?	20
III. L'émergence de cliniques de la précarité pourvoyeuses de <i>care</i>	22
IV. La santé mentale au risque de l'activation	28
Sociologie de la clinique et ethnographie combinatoire	34
I. Le terrain de recherche : le Carrefour Santé Mentale Précarité du département de l'Ain	35
II. La posture de recherche : de l'anthropologie dans la clinique à une sociologie de la clinique	38
III. Vers une sociologie des processus d'individuation	49
IV. Le dispositif méthodologique : microsociologie et ethnographie combinatoire	55
– PREMIERE PARTIE – GENESE ET MORPHOLOGIE DU « CARREFOUR SANTE MENTALE PRECARITE »	65
Chapitre 1 – Le Carrefour Santé Mentale Précarité : l'émergence d'un collectif d'intervention auprès de personnes en « souffrance psychique »	67
I. Naissance du CSMP : la « souffrance psychique » comme nouvel objet d'intervention	67
II. Construction des attachements et des engagements des professionnels du CSMP : le réseau comme forme collective et publique d'intervention	90
III. (Reprise) De la psychiatrie à la santé mentale : vers une redéfinition collective de l'intervention sanitaire et sociale	110
Chapitre 2 – Les activités du CSMP : l'émergence d'un dispositif de connaissance	113
I. Connaître les problèmes liés à la précarité à travers des activités de sensibilisation	115
II. Connaître les partenaires à travers des activités d'étayage et de réticulation	135
III. Connaître les publics à travers des activités d'accompagnement	149
IV. (Reprise) Critiquer, expérimenter, se rapprocher : trois régimes cognitifs préalables à l'intervention clinique du CSMP	158
Conclusion de la partie 1 – Prendre soin via le réseau : vers une nouvelle forme de gestion des risques ?	163
– DEUXIEME PARTIE – UNE CLINIQUE DES PARCOURS DE VULNERABILITE	167
Chapitre 3 - Une clinique qui demande beaucoup d'adresse(s) : l'exemple de la prise en charge d'Émilio	172
I. Institutions et dispositifs traversés par Emilio : les cadres d'action des interventions cliniques	176
II. Les intervenants du parcours sanitaire et social d'Emilio : formes d'engagement et corpus doctrinaux	188
III. Les récits des interventions cliniques concernant Emilio : le chemin d'épreuves des intervenants	210
IV. (Reprise) Lorsque le parcours de vulnérabilité d'Emilio dessine la constellation de la prise en charge sanitaire et sociale	228

Chapitre 4 – Le cadrage clinique des atteintes relatives à la précarité : misère, marginalité, mépris	232
I. Le cadrage clinique des pauvres et des malades : misère et dépossession (de soi)	233
II. Le cadrage clinique des jeunes et des personnes âgées : marginalité et empêchement d’agir	241
III. Le cadrage clinique des malades mentaux et des sans-papiers : mépris social et posture narrative impossible	247
IV. (Reprise) La « souffrance psychique » dans la théorie de la clinique psychosociale : une conjugaison d’atteintes à gravité variable	256
Chapitre 5 – Les supports cliniques de l’intervention : propriété, action, narration	262
I. Les supports cliniques de propriété	263
II. Les supports cliniques d’action	276
III. Les supports cliniques de narration	289
IV. (Reprise) Vers une modélisation des formes d’intervention de la clinique de la précarité	301
Conclusion de la partie 2 – Une clinique en tension entre justice sociale de redistribution et justice sociale de reconnaissance	305
– TROISIÈME PARTIE – POSTURES CLINIQUES ET EPREUVES DE LA PRATIQUE DE CARE	313
Chapitre 6 – La posture de coordination et l’épreuve de la clinique par projets	317
I. Tracer les contours d’une clinique évaluable, territorialisée, ciblée	318
II. La visée de la clinique par projets : devenir soi en étant authentique et autonome	361
III. (Reprise) La critique des rapports de domination : un moyen de prolonger la pratique de <i>care</i> dans l’épreuve de la clinique par projets	374
Chapitre 7 – La posture d’indétermination et l’épreuve de la clinique des attachements	380
I. Institutionnaliser le provisoire	381
II. Les propriétés formelles d’un cadre d’action marqué par l’indétermination	392
III. La visée de la clinique des attachements : devenir soi en racontant ses interdépendances	401
IV. (Reprise) – Relier l’individu à ses environnements : un moyen de prolonger la pratique de <i>care</i> dans l’épreuve de l’indétermination	415
Conclusion de la partie 3 – L’impossible institutionnalisation de la « bienveillance dispositive »	417
CONCLUSION GENERALE	425
Une clinique écologique de la vulnérabilité sociale construite dans et par l’attachement à des supports	425
L’émergence de formes collectives de solidarité thérapeutique au sein des politiques publiques de protection sociale	428
Perspective, posture de recherche et interferences	431
BIBLIOGRAPHIE	435
TABLE DES MATIERES	455
ANNEXES	461
Annexes de l’introduction	461
I. Liste (non-exhaustive) des dispositifs de la loi de lutte contre les exclusions	461
II. Tableau comparatif entre les politiques de protection sociale de l’Etat providence et l’Etat Social Actif	462
III. Tableau récapitulatif des rencontres relatives à l’encadrement administratif de la thèse et aux appuis techniques reçus	463
IV. Argumentaire de l’Ecole de Psychologues Praticiens	464
V. Extrait de l’introduction de mon mémoire de fin d’étude de psychologie	465
VI. Tableau récapitulatif des corpus doctrinaux de référence étudiés	466
VII. Tableau récapitulatif des observations impliquées effectuées	467
VIII. Tableau récapitulatif des entretiens menés et guides d’entretien	469

Annexes du chapitre 1	472
I. Témoignage de soutien aux partenaires sociaux du CSMP : l'exemple du CHRS « Le FAR »	472
II. Analyse cartographique des actions du CSMP sur la période 2000-2005	473
Annexes du chapitre 2	479
I. Récapitulatif des interventions effectuées lors des « réunions plénières » (2002-2007)	479
II. Récapitulatif des enquêtes, recherches et évaluations menées au CSMP (2000-2004)	481
III. Récapitulatif des données quantitatives et qualitatives recueillies par les référents du CSMP au cours de la période 2005-2007	482
IV. Budget du CSMP (année 2006)	483
V. Fiches récapitulatives des différents projets institutionnels reliés au CSMP par ses référents	484
Annexes du chapitre 3	486
I. Cadre réglementaire de la PASS	486
II. Protections maladies selon le statut du séjour et le profil de public	487
III. Passeport soins de la PASS du Centre Hospitalier « Fleyriat »	488
IV. Le projet de soins infirmiers au Centre Psychothérapique de l'Ain	489
V. Documents de référence du service 115	491
VI. Fiche de liaison du Centre d'Accueil Permanent du CPA	492
VII. Documents de référence du Centre d'Accueil Permanent du CPA	493
VIII. Extrait du courrier adressé par le médecin d' « Epidaure » au Dr DUCHEMIN	494
Annexes du chapitre 6	495
I. Annexes de la monographie du projet « SPEL Publics en difficultés » de Belley	495
II. Annexes de la monographie de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles	507

INTRODUCTION GENERALE

Ce travail de thèse part d'une interrogation professionnelle, en tant que psychologue clinicien, concernant la question sociale de la précarité saisie comme nouveau risque social. Au cours de nombreuses consultations psychologiques réalisées auprès de personnes en situation de précarité sociale, j'ai pu faire le constat que je partageais avec ces personnes un même horizon normatif, horizon tout entier contenu dans le poème de Rudyard KIPLING, *If*. Ce poème incarne pour moi, d'une certaine manière, cette représentation de l'individu souverain dont nous parle Alain EHRENBURG¹. Si tu veux être un homme mon fils, tu dois être censé résister au monde, capable de tenir et de te tenir, même dans les pires moments lorsque ton monde social s'effondre, ou encore (pire) même lorsque l'incertitude (du *If*) permanente régit ta « vie ordinaire »². Pour ce faire, il ne tient qu'à toi d'aller chercher, notamment dans tes réseaux, les supports qui te permettront, par leur agencement singulier, de te tenir de l'intérieur. Si devenir un homme, c'est d'abord avoir le souci de soi et s'affirmer sujet de sa propre vie, l'« homme précaire »³ est alors sans cesse rappelé à ses démons, au caractère incertain de son destin, au chaos qu'il porte en lui-même. Avoir une conscience plus aiguë de sa liberté et revendiquer une autonomie plus forte s'accompagnent alors de la conscience du caractère unique et précaire de son existence. Tel pourrait être en quelques mots, le dessein de l'individuation contemporaine auquel nous sommes aujourd'hui confrontés. L'individu souverain doit apprendre à vivre avec la crainte permanente de son propre effondrement.

S'impose alors une question : si la précarité semble être au cœur du processus d'individuation des membres de « la société du risque »⁴, comment se raccroche l'« homme précaire » qui n'arrive pas ou plus à être le souverain de lui-même et qui s'effondre de (et dans) la société ?

¹ EHRENBURG A., (1995), *L'individu incertain*, Paris, Hachette.

² LE BLANC G., (2007), *Vies ordinaires, Vies précaires*, Paris, Seuil.

³ CHIRPAZ F., (2001), *L'homme précaire*, Paris, PUF.

⁴ BECK U., (2001), *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Flammarion.

Pour tenter de répondre à cette question, cette recherche interroge les pratiques de professionnels de la psychiatrie et du travail social dont la mission conjointe est de raccrocher ou d'accrocher, par des pratiques de facilitation d'accès à la prévention et aux soins, ceux qui n'ont pas pu trouver les supports pour accomplir leur individuation. Par la notion de support, nous entendons, à partir des travaux de Danilo MARTUCCELLI¹, « cet ensemble hétérogène d'éléments, réels ou imaginaires, tissés au travers des liens avec les autres ou avec soi-même, passant par un investissement différentiel des situations et des pratiques, grâce auxquels l'individu se tient, parce qu'il est tenu, et est tenu, parce qu'il se tient, au sein de la vie sociale. » A travers l'analyse d'un dispositif appelé « Carrefour Santé Mentale Précarité » dans le département de l'Ain, dispositif spécifiquement élaboré pour réaliser cette mission, il s'agit d'interroger la manière dont ces professionnels se mobilisent au chevet de l'« homme précaire ».

Autrement dit, ce travail de thèse s'inscrit dans un questionnement autour des nouvelles formes de gestion du risque social « précarité » qui apparaissent à l'entrecroisement des champs de la psychiatrie et du travail social. Dans un contexte de transformation, opéré depuis la fin des années 80, de l'Etat providence vers ce qu'il est devenu commun d'appeler l'« Etat Social Actif »², quelles sont les technologies de prise en charge des individus dits « en situation de précarité sociale », présentant un mal-être psychique en lien avec une impossibilité, récente ou plus ancienne, de s'affirmer sujet de leur propre vie ? Si la question des pratiques professionnelles se trouve au cœur de cette recherche, l'analyse des nouveaux risques sociaux et des transformations des politiques de protection sociale qui les accompagnent n'en demeurent pas moins incontournables. L'enjeu est donc d'articuler une analyse des risques sociaux à celle de la reconfiguration des pratiques professionnelles.

Nous partons du constat de l'émergence d'une forme inédite de traitement social et politique de la question de l'exclusion. Dans le cadre des politiques de lutte contre l'exclusion sociale,

¹ MARTUCCELLI D., (2002), *op. cit.*, p. 78.

² La notion d'Etat Social Actif s'inscrit dans un renouvellement de la justice sociale classique de l'Etat providence - où la solidarité était comprise comme responsabilité collective du bien-être/mal-être des individus - en une notion nouvelle - où la solidarité est pensée comme une manière de donner à chaque individu les moyens lui permettant de réduire au maximum la charge nette qu'il représente pour les autres. En retour l'individu doit peser le moins possible sur l'ensemble des autres individus et donc diminuer ses appels à la solidarité collective. Cf. VIELLE P., POCHET P., CASSIERS I. (dir), (2005), *L'Etat social actif. Vers un changement de paradigme ?*, Bruxelles, P.I.E.-Peter Lang.

et plus particulièrement celles visant l'accès à la prévention et aux soins (article 71 de la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions), ont progressivement émergé des « cliniques de la précarité »¹ dont la finalité pour l'individu se verrait transformée. Alors qu'autrefois, le traitement des risques « pauvreté » et « exclusion » se structurait principalement autour d'une politique sociale de type assistanciel visant à relever l'individu (à partir du modèle de la psychopédagogie) ou à se mettre à l'écoute du sujet (à partir du modèle de la psychodynamique)², nous faisons l'hypothèse qu'émergent actuellement des *collectifs d'intervention* qui, par un travail de reconnaissance du *parcours de vulnérabilité* des personnes en situation de précarité engagent une pratique spécifique de soin qui relève du *care*. A travers cette pratique de *care*, ils cherchent avant tout à maintenir et/ou réparer la sociabilité des personnes en situation de précarité en s'adressant autant à leur corps et à leur subjectivité qu'à l'ensemble des êtres et objets présents dans leur environnement.

Le premier chapitre de cette introduction vise à construire l'objet de la thèse. Pour ce faire, il s'agit d'une part de délimiter le champ pratique de cette thèse, en quoi les transformations simultanées de la psychiatrie et du travail social ouvrent-elles un espace public de traitement clinique de la précarité. D'autre part, il s'agit de présenter les différents éléments de « cadrage » relatifs aux mutations de l'Etat providence et leurs conséquences à la fois sur les pratiques professionnelles (dans les champs de la psychiatrie et du travail social) et sur les processus d'individuation qui les accompagnent.

Le second chapitre vise à présenter la méthodologie de recherche : le choix du terrain, l'élaboration du dispositif d'enquête, la définition de ma posture de recherche en lien avec mon positionnement professionnel. Ce chapitre nous permettra de poser les conditions d'une sociologie de la clinique.

¹ *Les cliniques de la précarité* est le titre de l'ouvrage collectif dirigé, en 2008, par l'un des principaux précurseurs et acteurs de l'articulation entre travail social et psychiatrie dans le champ de la précarité ; Jean FURTOS. Nous aurons largement l'occasion de revenir, tout au long de ce travail de thèse, sur le rôle de ce psychiatre et de l'observatoire qu'il dirige l'ONSMP (Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité).

² ION J., LAVAL C., RAVON B., « Politiques de l'individu et psychologies d'intervention : transformation des cadres d'action dans le travail social » dans CANTELLI F, GENARD J-L, (2007), *Action publique et subjectivité*, Ed L.G.D.J, Série Politique 46, Col Droit et société, p. 157-168.

OUVERTURE D'UN ESPACE PUBLIC DE TRAITEMENT CLINIQUE DE LA PRECARITE

I. L'émergence de collectifs d'intervention à l'articulation de la psychiatrie et du travail social

Depuis une quinzaine d'années, nous constatons l'émergence d'un questionnement de santé publique autour de la nouvelle catégorie de risque social « précarité ». Parmi les « gestionnaires » de ce risque, les cliniciens appréhendent généralement cette précarité comme un « *processus de précarisation* » dont les causes seraient liées à tout un ensemble de ruptures de liens sociaux, culturels, voire politiques¹. Face à la croissance de ces problèmes, nous observons de nouvelles formes de collectifs où se coordonnent professionnels de la psychiatrie et professionnels du travail social. Si les patients/bénéficiaires/usagers semblent être en « rupture de liens », les cliniciens, quant à eux, ne cessent de se constituer en *collectifs*, de tisser des « réseaux » et des « partenariats » à formes multiples². Les dispositifs qui en découlent semblent être en passe de devenir des lieux communs où l'on tente de faire tenir ensemble des interventions cliniques qui se considéraient jusque-là mutuellement comme hétérogènes (sociales, éducatives, psychologiques, psychiatriques). Ces dispositifs, que Jacques ION qualifie de « *socio-psychiques* »³ car ils conjuguent accompagnement social et soin psychique, se donnent à voir dans ces nouvelles *interventions* dites « cliniques de la précarité », cliniques qui prennent diverses appellations en fonction des types d'atteinte qu'elles cherchent à traiter : « *clinique de la casse* »⁴, « *clinique psychosociale* »⁵, « *clinique de l'infortune* »⁶, « *clinique de la désocialisation* »⁷ ou encore « *clinique des ruptures des liens* »⁸. Toutes ces cliniques ont en commun le souci de soigner une « souffrance psychique » qui émerge dans le social.

¹ Cf. FURTOS J., (2000a), « Epistémologie de la clinique psychosociale (la scène sociale et la place des psy) », *Pratiques en santé mentale*, n°1 ; FURTOS J., « Souffrir sans disparaître », dans FURTOS J., LAVAL C. (dir.), (2005), *La santé mentale en actes – de la clinique au politique*, Erès ; DOUVILLE O., « Anthropologie du contemporain et clinique du sujet », dans *L'évolution psychiatrique*, n°69, 2004.

² Cf. DEMAÏLLY L., « Dispositifs institutionnels. Dispositifs interstitiels en santé mentale », dans LAVAL C., RAVON B. (coord.), *Réinventer l'institution*, Rhizome n°25, 2006, p. 40-44, qui présente une typologie de ces formes (« réseaux et coopérations informels », « dispositifs interstitiels », « dispositifs-réseaux », « réseaux institutionnels »).

³ Cf. ION J., (2005), *Le travail social en débat(s)*, Paris, Editions La Découverte, p. 9-10 et ION J. et al, (2005), *Travail social et souffrance psychique*, Paris, Dunod.

⁴ FURTOS J., (2000a), *op. cit.*, p. 23-32.

⁵ FURTOS J., « Qu'est-ce que la clinique psychosociale ? », *Pluriels*, la lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, n°21, 2000b, article disponible sur le site de la MNASM.

⁶ HERMANT E., (2004), *Clinique de l'infortune. La psychothérapie à l'épreuve de la détresse sociale*, Paris, Le Seuil, Les empêcheurs de penser en rond.

⁷ QUESEMANT ZUCCA S., (2007), *Je vous salue ma rue, Clinique de la désocialisation*, Paris, Stock.

⁸ DOUVILLE O., *op. cit.*, 2004, p. 31-47. Dans la même veine, certains auteurs parlent plutôt de « fragilité des liens » (CHARRETON G., COLIN V., DUEZ B., « A la rencontre de sujets SDF, demandes de traces ou traces

Parce que nous observons que ces nouveaux *collectifs d'intervention* se déploient en même temps que se réagencent en réseau et localement les champs sanitaires et sociaux¹, il s'agit pour nous d'interroger la manière dont se transforment aujourd'hui les politiques sanitaires et sociales d'action publique.

Ce travail interroge le cadrage public de ces collectifs d'intervention, notamment dans ce qu'ils donnent à voir de la traduction d'une politique publique : la politique d'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité. L'accès à la prévention et aux soins est une politique nationale menée, dans toutes les régions françaises depuis 1998, au nom de la lutte contre l'exclusion - article 71 de la loi du 29 juillet 1998. Cette politique est définie comme un programme global visant à faire accéder au droit commun les personnes en situation de précarité qui, tout en jouissant d'une égalité formelle, ne peuvent accéder comme n'importe quel citoyen aux services de santé. Cette politique vise explicitement le développement de l'accessibilité des personnes en situation de précarité, entendons par là leur capacité à entrer dans un parcours sanitaire et social ayant pour visée l'insertion sociale.

A travers la mise en place de cette nouvelle loi, le domaine de l'insertion est progressivement devenu en France un continuum de politiques² où se multiplient de nouveaux cadres d'interventions³ d'aide à la personne, moins juridiques, moins hiérarchiques, plus transversaux⁴. Dans ces différents dispositifs, les situations d'interdépendance entre les acteurs du sanitaire et ceux du social tendent à se multiplier autour de problématiques conjointes. Cela peut être, entre autres, la souffrance que ces acteurs ressentent du fait de leur situation de « première ligne », le fait qu'il faille « faire avec » la non-demande des usagers/patients, la reconnaissance commune des défaillances de leurs institutions et des

de demandes ? », dans *Rupture des liens, clinique des altérités, Psychologie clinique*, n°16, 2004) ou de « mélancolisation du lien social » (DOUVILLE O., « Mélancolie d'exclusion. Quand la parole divorce du corps et retour », dans De RIVOYRE F., (2001), *Psychanalyse et malaise social. Désir du lien ?*, Toulouse, Eres).

¹ DEMAÏLLY L., BRESSON M. (dir), (2005), *Les modes de coordination entre professionnels dans le champ de la prise en charge des troubles psychiques* », Convention IFRESI/DREES-MIRE/INSERM avec la participation du CCOMS France.

² En plus de la loi du 29 juillet 1998 et les multiples circulaires des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et au Soins, nous retrouvons cette incitation à la perméabilité entre le sanitaire et le social dans le volet psychiatrique du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008, le volet « hébergement et réadaptation sociale » du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale, le programme départemental d'insertion.

³ Gilles JEANNOT (2005) relève dans un document issu d'une DDASS, plus d'une centaine de dispositifs en lien avec la mise en œuvre de la loi de lutte contre l'exclusion (cf. annexes de l'introduction – Liste (non exhaustive) des dispositifs de la loi de 98). JEANNOT G., (2005), *Les métiers flous. Travail et action publique*, Toulouse, Octares Éditions, p. 98-99.

⁴ ASTIER I., (2007), *Les nouvelles règles du social*, Paris, Le Lien social, PUF.

restrictions budgétaires, autant de mises en réflexivité commune d'une expérience clinique de la précarité qui se heurte aux prises en charge habituelles et aux pratiques institutionnelles de la psychiatrie et du travail social¹.

Les modes de traitement des risques sociaux, tout comme la notion de *risque social*, ne sont pas des données naturelles et définitives. Il s'agit plutôt de constructions sociales susceptibles d'évoluer au gré des circonstances historiques et des décisions politiques. Tout au long de la période des Trente Glorieuses, l'Etat social n'a eu de cesse de développer des politiques assistancielles de protection sociale en étendant constamment la notion de risque². A partir des années 80, dans un contexte de crise du mode de régulation fordiste de l'Etat providence³, ces politiques assistancielles sont fortement critiquées⁴ puis remises en question, d'une part, parce qu'elles sont considérées à la fois comme un frein à l'investissement et comme un facteur de dépendance (*welfare dependency*) et, d'autre part, parce qu'elles se heurtent à l'émergence d'un nouveau clivage social qui nécessite la mise en place d'une protection sociale multisectorisée et donc coûteuse. Alors que pendant la période des Trente Glorieuses, le clivage social reposait sur la position des individus en fonction de leur métier ou de la pénibilité de leur tâche, il repose, à partir du début des années 80, sur une stratification sociale liée à la position de chacun face aux incertitudes et aux risques sociaux de l'existence. Les individus les moins bien positionnés dans cette nouvelle configuration sociale courent le risque d'une « exclusion » quasi-irréversible, en même temps que les vainqueurs de la « lutte des places »⁵ voient leurs parcours sociaux s'individualiser et se complexifier. L'« exclusion »

¹ Cf. aussi à ce sujet : JAEGER M., (2006), *L'articulation du sanitaire et du social. Travail social et psychiatrie*, Paris, Dunod.

² Par exemple : les risques santé et vieillesse (face à l'augmentation de l'expérience de vie), les secours portés aux régimes en difficulté (régimes spéciaux, intermittents), les risques liés à la transformation de la famille, etc.

³ Ce contexte de crises de l'Etat providence porte sur : une crise de son financement (à la suite de l'augmentation croissante des coûts de santé, de l'installation durable du chômage de masse, des évolutions démographiques et familiales - vieillissement-), une crise d'efficacité (liée à l'incapacité de l'Etat de résoudre les problèmes d'exclusion), une crise de légitimité puisque la finalité et la gouvernance de l'Etat providence sont devenues confuses entraînant une incompatibilité avec l'ensemble des mécanismes de régulation socio-économique. Cf. CASSIERS I., LEBEAU E., « De l'Etat providence à l'Etat social actif. Quels changements de régulation sous-jacents ? » dans VIELLE P., POCHE P., CASSIERS I. (dir), (2005), *op. cit.*, p. 109.

Cf. aussi ROSANVALLON P., (1981), *La Crise de l'Etat providence*, Paris, Seuil.

⁴ La critique vient, entre autres, des économistes de l'école néoclassique. Selon eux, la protection sociale est une des causes de la crise car les cotisations sociales entraînent des surcoûts salariaux qui freinent l'embauche et incitent le travail au noir. De plus, ils affirment que la protection sociale incite les individus à l'oisiveté ou les déresponsabilise. CASSIERS I., LEBEAU E., *ibid.*, p. 110.

⁵ TABOADA LEONETTI I., DE GAULEJAC V., (1997), *La lutte des places. Insertion et désinsertion*, Paris, Desclée de Brouwer.

puis la « précarité » deviennent les principaux risques sociaux faisant l'objet des politiques publiques des années 80-90.

Le risque social « exclusion » envahit le débat français, à tel point que très vite on ne sait souvent plus très bien de quoi on parle¹. Au moment même où ce terme est porté dans l'espace public par les rapports du Commissariat général du Plan², il fait l'objet de nombreuses critiques qui débouchent sur une spécification de certains de ces aspects. Serge PAUGAM et Robert CASTEL proposent, notamment et successivement, de substituer au terme d'exclusion celui de « disqualification sociale »³ et celui de « désaffiliation »⁴. A travers l'utilisation de ces termes, ces sociologues rendent visible l'évolution de la problématisation de l'exclusion sociale d'une part, à partir de la thématique de l'inadaptation et du handicap social, où l'exclusion serait la résultante d'un processus de précarisation qualifié par l'absence de reconnaissance sociale (discrimination, mépris) et, d'autre part, à partir de la thématique de la rupture du lien social, où l'exclusion serait la résultante d'un processus de précarisation lié à la perte de tout un ensemble de sécurités (emploi, logement, protection sociale, relationnel, etc.⁵). La catégorie de « précarité » émerge ainsi progressivement d'une reproblématisation située de l'exclusion, reproblématisation qui vient

¹ MACLOUF P., « L'insertion, un nouveau concept opératoire des politiques sociales ? », dans CASTEL R., LAE J.F. (1992), *Le Revenu Minimum d'Insertion, une dette sociale*, Paris, L'Harmattan, p. 121-143, et PAUGAM S., « L'exclusion, usages sociaux et apports de la recherche », dans BERTHELOT J.-M., (2000), *La sociologie française contemporaine*, Paris, PUF, p. 155-171. Cf. aussi PAUGAM S., « Les formes contemporaines de la pauvreté et de l'exclusion, le point de vue sociologique », *Genèses*, Juin 1998, p. 138-159.

² Cf. notamment FRAGONARD B., (1993), *Cohésion sociale et prévention de l'exclusion, XIe Plan*, Commissariat général du plan.

La notion d'exclusion est cependant beaucoup plus ancienne. Elle apparaît en 1964 dans un essai publié par Pierre BERNARD et Pierre MASSE, secrétaire général au Plan, intitulé *Les dividendes du progrès* (Ed du Seuil). Elle est également utilisée par Jacques KANFLER dès 1965 dans son rapport *L'exclusion sociale, Etude de la marginalité dans les sociétés occidentales*, Bureau de Recherches sociales, pour désigner les phénomènes de pauvreté non résolus par la seule croissance économique.

³ « [...] les populations en situation de précarité économique et sociale, connue des travailleurs sociaux, font l'expérience de la disqualification sociale en ce sens qu'elles ont conscience de l'infériorité de leur statut et qu'elles se savent désignées comme des « pauvres », des cas sociaux, ou des inadaptés de la civilisation. La disqualification sociale est donc avant tout une épreuve, non pas seulement en raison de la faiblesse des revenus ou de l'absence de certains biens matériels, mais surtout en raison de la dégradation morale que représente dans l'existence humaine l'obligation de recourir à l'appui de ses semblables et des services d'action sociale pour obtenir de quoi vivre dans des conditions décentes. » PAUGAM S., (1991), *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, PUF, p. 216.

⁴ Il s'agit pour Robert CASTEL de montrer que l'exclusion constitue la face visible d'un processus dynamique de « précarisation » qui traverse l'ensemble de la société et qui serait lié à la remise en cause des différentes protections qui caractériseraient la société salariale. CASTEL R., (1995) *Les métamorphoses de la question sociale, une chronique du salariat*, Paris, Fayard ; Cf. aussi CASTEL R., « De l'indigence à l'exclusion : la désaffiliation » dans DONZELOT J., (1991), *Face à l'exclusion, le model Français*, Paris, éd. Esprit, p. 137-168.

⁵ Cf. à ce sujet WRESINSKI J., (1987), *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*, séances des 10 et 11 février 1987. Conseil économique et social. Rapport présenté par M. J. Wrésinski, Paris, Direction des journaux officiels.

thématiser à la fois une nouvelle manière de désigner les injustices sociales et un nouveau type d'atteintes et de fragilités.

II. Le parcours de vulnérabilité du « sujet social » : l'objet des cliniques de la précarité ?

Aujourd'hui, au-delà de son caractère polysémique et des nombreux recouvrements des termes qui lui sont généralement associés (pauvreté, exclusion, inégalité, inéquité, désaffiliation, solidarité, protection, etc.), la catégorie de « précarité » a pris dans la société française une importance croissante. Nombreux sont ceux qui, comme le soulignait BOURDIEU, considèrent que « la précarité est aujourd'hui partout, [...] le nombre [de précaires] s'accroît chaque jour, à l'invisibilité, à l'isolement, au silence, bref à l'inexistence »¹. On l'associe empiriquement à certains âges de la vie (personnes âgées dépendantes, orphelins et enfants abandonnés, adolescents difficiles, etc.), au genre (femmes victimes de violence, harcèlement moral, etc.), à des problèmes physico-pathologiques (maladies chroniques ou invalidantes, épidémies), à des problèmes socio-psychologiques (alcoolisme et diverses addictions, souffrance psychique, dépression, etc.), à des facteurs proprement sociaux (pauvreté, illettrisme, migrations, délinquance, logement, emploi, etc.), voire des événements potentiellement traumatiques (violences contre les personnes, maltraitance des enfants, attentats, catastrophes naturelles, accidents biographiques, exils, etc.). Ainsi, la précarité peut être vécue indifféremment comme une atteinte plus ou moins organique, psychique, sociale, morale voire politique.

Pour certains auteurs, la précarité serait une forme culturelle d'anticipation (on parle de prévenir le risque d'apparition de la précarité) qui s'allie, selon les discours, à la « flexibilité » qui serait la condition moderne du progrès ou à cette « insécurité » fondamentale qui serait désormais le lot de la plupart. La notion de précarité serait indissociée de celle de « vulnérabilité » tant elle a à voir avec l'incertitude d'un avenir, d'un possible, qui finit toujours par toucher la personne elle-même dans ses pratiques les plus quotidiennes, dans son parcours le plus ordinaire².

Si la précarité est associée de la sorte aux « maux ordinaires » de notre société, c'est qu'elle n'est pas sans lien avec une certaine radicalisation de la modernité, l'extension du

¹ BOURDIEU P., (1998), « Le mouvement des chômeurs, un miracle social », *Contre feux*, Paris, Raisons d'agir, p. 95 et 102-104.

² LE BLANC G., (2007), *op. cit.*, p. 49.

néolibéralisme et de certains processus d'individuation qui l'accompagnent (injonctions sociales à la responsabilité personnelle, l'autonomie, le souci de soi, l'authenticité)¹.

La notion de « précarité » interroge certes le pathologique mais, bien souvent, en négatif, elle porte sur le normal et les différents degrés de souffrances qui traversent toute vie ordinaire en société. Si aujourd'hui, il s'agit de devenir soi, par soi-même, et d'atteindre le « bien-être », l'échec de ce processus d'autoréalisation de soi entraîne une forme de « mal-être », de « souffrance psychique », saisie notamment par un certain nombre de professionnels de la santé mentale qui disent s'inscrire dans le champ des « cliniques de la précarité ».

Selon ces professionnels, avec les « cliniques de la précarité », « il ne s'agit plus de décrire la personnalité du sujet isolé de son environnement, mais de décrire le « sujet social », c'est-à-dire d'analyser à la fois son vécu par rapport à la société et le contexte socioculturel qu'elle lui impose »². Les travailleurs sociaux, comme les professionnels de la psychiatrie, ont affaire dans leur travail quotidien à des personnes qui, du fait de leur précarité, ne sont pas en mesure de formuler une demande d'aide. Naviguant entre une ingérence de principe et une attente de demande en bonne et due forme, ces professionnels tentent alors d'inventer des pratiques thérapeutiques dont l'originalité consiste notamment dans le fait qu'elles contextualisent, en permanence et sociologiquement, les symptomatologies qu'elles observent ainsi que leur risque de résurgence. Cette contextualisation semble passer par une prise en compte systématique de la vulnérabilité des *attachements* (famille, culture, travail, droits, santé, argent, etc.) de la personne en situation de précarité, à commencer par les *attachements* que constituent les différentes prises en charge sanitaires et sociales.

Le terme d'*attachement* mobilisé ici, et dans le reste de la thèse, ne fait pas référence à la théorie psychologique de l'attachement de John BOWLBY³ essentiellement basée sur une conception dyadique de la relation mère/enfant mais plutôt à la théorie sociologique de Bruno LATOUR⁴ qui s'intéresse aux relations entre individus, objets et environnement. Ce qui nous

¹ Cf. par exemples : GIDDENS A., (1994), *Les conséquences de la modernité*, Paris, L'Harmattan ; BOLTANSKI L., CHIAPELLO E., (1999), *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard.

² DARCOURT G., (2008), dans *Les cliniques de la précarité*, Préface, p.IX.

³ Pour BOWLBY, l'attachement est un besoin primaire, comme le fait d'être nourri. Pour s'attacher à un adulte, le bébé développe un ensemble de réactions et comportements afin de s'assurer de la présence, de la proximité et de la disponibilité de la figure maternelle. Cet attachement existe chez tous les primates, mais il est vital pour les humains qui sont les plus démunis à la naissance, les plus longtemps dépendants de soins d'un adulte. Cependant l'attachement, loin de n'être qu'une dépendance, est un moyen pour l'enfant de développer un sentiment de sécurité qui lui rendra possible l'exploration du monde autour de lui puis l'autonomie.

⁴ « [...] la question ne se pose plus de savoir si l'on doit être libre ou attaché, mais si l'on est bien ou mal attaché [...]. S'il ne s'agit plus d'opposer attachement et détachement, mais les bons et les mauvais attachements, il n'y a qu'un seul moyen pour décider de la qualité de ses liaisons : s'enquérir de ce qu'ils sont, de ce qu'ils font, apprendre à être affecté par eux. [...] Seuls m'intéressent et me rassurent ceux qui parlent de substituer des

intéresse ce n'est pas seulement de comprendre la nature des attachements, qui sont un moyen pour atteindre un but, mais de comprendre comment ces attachements donnent forme, (re)configurent et transforment, de manière non prédictible, singulière et contextualisée, les relations entre sujets et objets, comment elles produisent de nouvelles modalités d'attachement¹. Nous ne pensons pas que ces attachements soient externes aux agencements, aux dispositifs-réseaux, ils en sont constitutifs.

Cette thèse interroge ainsi la manière dont les cliniques de la précarité prennent pour objet la vulnérabilité des attachements du « sujet social ». Parce que, comme nous le verrons, cette vulnérabilité des attachements se donne à voir, en premier lieu, pour les professionnels de la psychiatrie et du travail social, dans les vécus d'impasse de prise en charge qu'ils partagent lorsqu'ils se constituent en collectifs d'intervention, nous serons tout particulièrement attentifs au regard que portent les cliniciens au parcours de vulnérabilité de la personne en situation de précarité. Autrement dit, nous verrons comment le parcours de vulnérabilité des attachements de la personne devient l'objet de toute l'attention clinique du fait même que les problématiques d'attachement plongent les professionnels du réseau sanitaire et social de cette personne dans des situations d'impasse.

III. L'émergence de cliniques de la précarité pourvoyeuses de *care*

L'émergence des « cliniques de la précarité » est indissociable des transformations des politiques publiques visant à promouvoir la santé mentale en coordonnant psychiatrie et travail social. Elles sont directement issues des évolutions de la définition de la santé comprise comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »². Dans cette conception de la santé proposée par l'OMS, la santé mentale serait un moyen de parvenir à la santé dans la mesure où elle permet de développer un large éventail d'activités qui relèvent directement ou

attaches à d'autres, et qui lorsqu'ils prétendent défaire des liens morbides, me montrent les nouveaux liens salvateurs, sans jamais attirer l'attention sur le sujet maître de soi, maintenant sans objet. » LATOUR B., « Factures/factures : de la notion de réseau à celle d'attachement », dans MICOUD A., PERONI M., (2000), *Ce qui nous relie*, Saint-Étienne, L'aube éditions, p. 192.

¹ Plutôt que de s'intéresser au poids des déterminismes entre l'individu et la société, Bruno LATOUR « [...] s'intéresse à la multitude de ce qui fait agir. Dans le premier cas on va parcourir l'espace qui va des sujets aux structures sociales, dans le second on va parcourir des espaces qui ne rencontrent jamais ni l'individu ni la société puisque toutes les mises en mouvement dépendent de la nature des attachements et de la capacité qu'on leur reconnaît de faire ou non exister les sujets qui leur sont attachés. Aux sociologies qui jouent sur la gamme des libertés et des déterminations, s'oppose une sociologie des "faitiches", des moyens, des médiations, autrement dit, là encore des bons et des mauvais attachements » LATOUR B., dans MICOUD A., PERONI M., (2000), *op. cit.*, p. 195.

² Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).
Cf. http://www.who.int/topics/mental_health/fr/

indirectement du « bien-être ». En 1994, le Haut Comité de la santé publique, tout en retenant cette définition, ajoute l'importance du « caractère adaptatif de la santé » : « santé et maladie sont les résultats de processus faisant intervenir la relation de l'individu à la société. »

D'un point de vue critique, avec de telles propositions, les champs d'intervention de la santé mentale apparaissent comme étant aussi transversaux que son objet est indéterminé (le mal-être, la non santé, tout ce qui ne relève pas de la pathologie). Comme le souligne Alain EHRENBURG, « le caractère adaptatif de la médecine de la santé, impliquant « une élaboration psychologique complexe », est le vecteur introduisant la santé mentale non seulement dans tout le sanitaire, mais aussi dans toute la vie sociale. »¹ La santé mentale devient « une référence transversale qui travaille et reformule l'ensemble des relations normal-pathologique : elle est l'expression d'une réorganisation des rapports entre maladie, santé et socialisation. »² Du même coup, alors que la gestion des risques sociaux liée à l'exclusion dépendait jusque-là des politiques de protection sociale, et plus particulièrement des politiques d'insertion, l'émergence concomitante de la catégorie « précarité » et des nouvelles politiques de santé mentale entraîne une reconfiguration à la fois des technologies de traitement de l'exclusion (le travail social), et des technologies de traitement du mal-être (la psychiatrie).

Du côté du travail social tout d'abord, en France, l'évolution des conceptions de l'intégration sociale, de l'exclusion à la précarité, s'est avérée déterminante sur le cadre institutionnel des pratiques professionnelles. Comme le rappelle Bernard EME³, l'insertion est d'abord née d'initiatives associatives et militantes des années 70 des acteurs de terrain à la recherche de nouveaux modes d'intervention du travail social. Ce n'est que dans un second temps que celles-ci se sont trouvées « instrumentalisées » en quelque sorte par les pouvoirs publics, avec l'élargissement à un groupe toujours plus grandissant de la catégorie « précarité » (chômeurs, travailleurs peu qualifiés, bénéficiaires des revenus minimum, qui ont constitué, à partir de la fin des années 80, tous ceux que l'administration a nommés « publics prioritaires »). Plusieurs transformations de la question sociale ont concouru à orienter les pratiques et favoriser de

¹ EHRENBURG A., « Les changements de la relation normal-pathologique, A propos de la souffrance psychique et de la santé mentale », dans *Les impasses de la politique culturelle*, Revue Esprit, mai 2004, p. 142-143.

² *Ibid*, p. 144.

³ EME B., « Aux frontières de l'économie : politiques et pratiques d'insertion », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol CIII, 1997, p. 313-333.

nouvelles initiatives. La réémergence de la pauvreté (désignée au milieu des années 80 comme « nouvelle pauvreté »), la montée du chômage et de la sélectivité du marché du travail, le chômage de longue et de très longue durée se sont combinés pour modifier profondément, à la fois la tradition du travail social et les initiatives innovantes d'insertion (CHRS¹, missions locales), mais aussi les politiques dites « spécifiques » de l'emploi, prenant de plus en plus d'ampleur à partir des années 1980. Ainsi avec l'arrivée du RMI, en décembre 1988, « toute personne qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation de l'économie et de l'emploi, se trouve dans l'incapacité de travailler, a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence »². Comme pour le « bien-être » en santé mentale, à partir de cette loi, l'insertion se retrouve, orientée par l'impulsion des politiques publiques, propulsée dans un champ hétérogène regroupant des mesures qui appartenaient jusque-là à des secteurs bien séparés : insertion par le travail, insertion par l'économique, insertion par le logement, insertion par la santé et insertion par la santé mentale. Promouvoir l'insertion revient alors à compenser les inégalités face à l'éducation, l'emploi, la santé, le logement, tous les déterminants de la « précarité » qui risquent de réduire les chances d'accéder au « bien-être ». La mise en place de ces mesures d'insertion nécessite alors que les travailleurs sociaux se rapprochent des professionnels du « bien-être » : les professionnels de la psychiatrie et de la santé mentale (cf. le cas exemplaire des psychologues RMI³).

Du côté de la psychiatrie ensuite, la question de la santé mentale réapparaît⁴ en 1985 dans la perspective d'approcher de manière « globale » les « problèmes mentaux » des populations. Cette « approche globale » nécessite l'intégration de réflexions sociologiques qui étaient jusque-là très éloignées des considérations pratiques des psychiatres. Il s'agit notamment de contextualiser socialement l'émergence de « maladies mentales » qui ne nécessitent pas forcément un traitement relevant de la psychiatrie publique⁵. Cette volonté de contextualiser

¹ CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale.

² Article 1er de la loi sur le Revenu Minimum d'Insertion.

³ Cf. LAVAL C., *Les réaménagements de la relation d'aide à l'épreuve de la souffrance psychique. L'exemple du dispositif RMI en région Rhône-Alpes*, Rapport MRIE, novembre 2002.

⁴ La notion de « santé mentale » était en effet déjà présente dans la circulaire de la psychiatre de secteur du 15 mars 1960. A l'époque, et par l'utilisation de ce terme, il s'agissait de destigmatiser les patients présentant une pathologie psychiatrique lourde en montrant que même les grandes pathologies étaient susceptibles d'évoluer favorablement vers le retour à un certain équilibre psychique. Ce terme était associé aux structures dites « dispensaires de santé mentale » ; ce qui, dans l'esprit, permettait d'alléger l'impact de la catégorie « psychiatrie », qui faisait peur et avait une nette connotation négative.

⁵ Rapport de conférence « L'avenir de la santé mentale », Stockholm, 16 au 18 avril 1985, cité par J.-L. ROELANDT, « Psychiatrie citoyenne et promotion de la santé mentale », dans *Psychiatrie et santé mentale*.

socialement la maladie mentale se donne également à voir, à partir de 1992, dans la mise en place du tronc commun de formation des infirmiers, et donc la disparition du diplôme d'infirmier en psychiatrie, la déstigmatisation des « malades mentaux » se traduisant d'abord par une despécification de la psychiatrie. Plutôt que d'exercer une psychiatrie surplombante, classificatrice, qui enferme, les pouvoirs publics demandent aux professionnels de la psychiatrie de placer au centre de leurs pratiques le patient, non plus considéré comme un « malade » mais comme une « personne ».

En 1995, année législative fournie où apparaissent notamment le code de déontologie médicale et la charte du patient hospitalisé, paraît le rapport STROHL-LAZARUS¹. Pour la première fois en France, des auteurs appartenant à la psychiatrie cherchent à montrer que la « souffrance psychique » des « personnes en situation de précarité », est une souffrance qui peut impliquer, à terme, un recours à des soins, et ce d'autant plus que la situation est depuis longtemps installée, même s'il ne s'agit pas de maladie mentale². Avec ce rapport, les problématiques de « précarité » et de « souffrance psychique » relèvent directement de la psychiatrie dans le cadre de son redéploiement « santé mentalisé » vers le social. Il ne s'agit plus tant de mettre en œuvre une psychiatrie qui soigne, au sens médical de *cure*, dans l'institution, que de mettre en œuvre une psychiatrie qui doit prendre soin, au sens de *care*, dans la communauté, prévenir³ les risques d'apparition de la « souffrance psychique » partout où, dans le social, elle est susceptible d'émerger⁴. Dans un contexte où la psychiatrie publique se débat avec une diminution sévère de ses moyens (pénurie des psychiatres, restrictions budgétaires, fermeture de lits, manque de structures alternatives), il s'agit de développer tout un ensemble de dispositifs de proximité visant à *aller vers* les « personnes en souffrance », dans la communauté, en établissant de nouveaux partenariats avec les acteurs sociaux et d'autres secteurs (logement, emploi, culture, services sociaux, droits de l'homme, santé en général, etc.), en renforçant leur place en tant qu'usager de santé mentale (loi du 4 mars

Innovations dans le système de soins et de prise en charge, Revue française des affaires sociales, n° 1 – janvier-mars 2004, p. 206-207.

¹ Rapport STROHL-LAZARUS, (1995), *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, rapport du groupe de travail « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale », DIV/DIRMI.

² *Ibid*, p. 16.

³ Nous pouvons observer que la psychiatrie « santé mentalisée » commence à s'orienter, dans les textes, vers des pratiques de prévention, d'une part à travers le rapport JOLY, *Prévention et soins des maladies mentales* (Conseil économique et social, 1997) et, d'autre part, à travers une circulaire qui demande la création d'un réseau national de cellules d'Urgence Médico-Psychologiques.

⁴ Cf. en 2001 le rapport mondial sur la santé, *Santé mentale : non à l'exclusion, oui aux soins* (Organisation Mondiale de la Santé), et les rapports de ROELANDT en 2001 et 2002 qui signeront définitivement la volonté politique de passer de la psychiatrie à la santé mentale.

ROELANDT, (2002), *La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale, la place des usagers et le travail en partenariat dans la cité*, rapport remis au ministre délégué à la santé.

2002¹), bref en tentant de participer à ce que Bernard KOUCHNER, alors ministre délégué à la santé, propose d'appeler la « Démocratie sanitaire »². Alors que certains psychiatres voient dans ces pratiques un nouvel outil de normalisation sociale par la psychiatisation des foules, les cliniciens de la précarité trouvent une légitimité pour leur développement tout en restant critiques des nouvelles formes d'injonction (responsabilisation, activation) qui les traversent. Les nouveaux programmes de santé publique, notamment les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) puis ensuite les Programmes Régionaux de Santé publique (PRSP) et toute une série de rapports³ proposent d'encadrer le traitement de ces problématiques nouvelles de « souffrances psychiques »⁴ liées à des situations d'exclusion et de précarité sociale.

Comme le soulignent Sandra LAUGIER et Pascale MOLINIER, le mot *care*, courant en anglais, est à la fois un verbe qui signifie « s'occuper de », « faire attention », « prendre soin », « se soucier de » et un substantif qui pourrait selon les contextes être rendu en français par soin, attention, sollicitude, concernement⁵. Le concept de *care* fait référence aux travaux d'un certain nombre de féministes⁶, pour la plupart philosophes, qui s'intéressent à l'action de se préoccuper des personnes vulnérables, en particulier celles « dont la vie et le bien-être dépendent d'une attention particularisée, continue et quotidienne »⁷. Pour Joan TRONTO,

¹ Cf. le rapport ROELANDT, (2002).

² Cf. Le Plan Santé Mentale KOUCHNER, (2001), *L'usager au centre d'un dispositif à rénover*, document de synthèse du groupe de travail ministériel, *Prise en charge de la souffrance psychique et des troubles de la santé mentale dans les situations de précarité et d'exclusion*.

³ En 2003, les rapports PARQUET (*Souffrance psychique et exclusion sociale*, rapport remis à la secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion) et CLERY-MELIN, KOVESS, PASCAL (*Plans d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*, remis au ministre de la sante, de la famille et des personnes handicapées) légitiment ces nouvelles pratiques dite « santé mentale précarité » en montrant que le lien entre trouble psychique et exclusion fonctionne dans les deux sens.

⁴ « La souffrance psychique survient lorsque les mécanismes d'adaptation et de défense du sujet sont dépassés, lorsque les habiletés sociales sont mises à mal. Ce débordement des capacités d'adaptation peut être la conséquence d'évènements et de situations traumatisants ou déstabilisants marquées et identifiables dans le temps ou être secondaire à la répétition ou au cumul d'évènements et de situations dont le caractère traumatique et déstabilisant est moins évident. » Rapport PARQUET, (2003), *op. cit.*, p. 31. Un autre rapport fera des constats similaires concernant un lien fort entre trouble psychique et précarité (marginalisation) : « [...] s'il n'est pas établi que les difficultés sociales produisent systématiquement des problèmes de santé mentale, il est largement démontré cependant que leur présence rend la guérison beaucoup plus improbable, une fois que ces problèmes sont constitués. Enfin la présence d'un trouble psychiatrique grave et durable peut entraver considérablement l'intégration sociale d'un individu, même si une prise en charge adéquate, médicale et sociale, permet parfois d'en éviter la marginalisation. » Rapport CLERY-MELIN, KOVESS, PASCAL, (2003), *op. cit.*, p. 8.

⁵ LAUGIER S., MOLINIER P., « Politiques du care » dans la revue *Multitudes*, n°37-38, *Politique du care, Micropolitiques de l'habitat non-ordinaire*, Editions Amsterdam, Automne 2009, p. 74.

⁶ GILLIGAN C., (2008), *Une voix différente*, Paris, Champs-Flammarion ; LAUGIER S., MOLINIER P., PAPERMAN P., (2009), *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris, Payot.

⁷ *Ibid*, p. 74.

« au niveau le plus général, la sollicitude connote une forme d'engagement [...] Premièrement, elle implique de tendre vers quelque chose d'autre que soi : elle n'est ni autoréférentielle ni autocentrée. Deuxièmement, elle suggère implicitement qu'elle va conduire à entreprendre une action. [...] Le *care* est à la fois une pratique et une disposition.»¹

Nous pensons que les cliniciens de la précarité mettent en œuvre une pratique spécifique de soin qui relève du *care* dans la mesure où ils donnent à voir une activité soucieuse de se laisser guider par autrui (par leurs attachements et en premier lieu par leur attachement réciproque) afin de maintenir et réparer leur « monde », de sorte que tous puissent y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend le corps des personnes en situation de précarité (comme celui des cliniciens), les personnes en situation de précarité (et les cliniciens) et leurs environnements, tous éléments qu'ils cherchent à relier ensemble en un réseau complexe, en soutien à la vie². La mise en œuvre d'une telle pratique de *care* dans le champ de la santé mentale ne va pas de soi et reste peu décrite dans la littérature scientifique. Du fait que les cliniciens se laissent guider par les personnes qu'ils accompagnent, cette pratique de *care* semble indissociable de l'émergence de formes peu connues de réseaux sanitaires et sociaux de sociabilité où s'entrecroisent différents niveaux de solidarité, individuel et relationnel, d'une part, collectif et institutionnel, d'autre part³. Alors qu'il semble s'agir dans ces réseaux de sociabilité de maintenir quelque chose d'un « lien social *basique* », d'une « inclusion », selon les termes de Patricia PAPERMAN⁴, les cliniciens de la précarité font simultanément

¹ TRONTO J., (2009), *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, Editions La Découverte, p. 143-145.

² Cette proposition s'inspire de la définition du *care* proposée par Joan TRONTO et Berenice FISCHER dans « Toward a feminist theory of care », in ABEL E., NELSON M. (dir), (1991), *Circles of Care : Work and Identity in Women's Lives*, State University of New-York Press, Albany, NY, p. 40.

³ Ces différents niveaux sont décrits par Claude MARTIN dans un article où il avance la notion de *social care*. Cette notion permet, selon l'auteur, « d'aborder le problème que soulève l'articulation entre ces formes primaires de solidarité qui ont cours dans les réseaux de sociabilité – le « souci d'autrui » - et les formes socialisées et collectives de solidarités, qui permettent aux individus et aux groupes de faire face aux risques de l'existence. » MARTIN C., « Qu'est-ce que le social care ? Une revue de questions », *Revue Française de Socio-économie*, 2008/2, n°2, p. 27-42.

⁴ « L'attention à l'autre concret, aux particularités des situations appelant une réponse (une réaction, une prise en considération) construit un lien social basique dont l'absence pointe *a contrario* l'importance et la signification proprement humaine de ces soins et de cette sorte d'attention. Un genre d'attention, une façon de prendre soin qui ancre la valeur de cette particularité dans un monde familier de la sorte qu'en ce point au moins, cet individu reçoive reconnaissance au sens que lui donne A.Honneth. Mais ce n'est pas seulement la constitution de la personne que le *care* contribue à façonner qui importe ; c'est aussi l'assurance d'un ancrage, d'un sentiment d'appartenance en l'absence duquel il serait sans doute difficile de donner un contenu à ce que faire société veut dire. Cette manière de se relier à chacun comme personne particulière, le souci de maintenir la relation en cas de conflit d'intérêt font de cette orientation envers autrui l'opérateur d'un lien *social* basique, d'une inclusion. » PAPERMAN P., « Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel », dans PAPERMAN P., LAUGIER S., (dir.),

face à des épreuves quotidiennes en lien avec les nouvelles politiques d'activation qui traversent aujourd'hui la santé mentale.

IV. La santé mentale au risque de l'activation

Les transformations des politiques de psychiatrie et du travail social vers la santé mentale s'inscrivent dans le contexte historique de crise majeure du mode de régulation fordiste de l'état providence en lien avec l'extension de nouveaux risques sociaux dont l'« exclusion » puis la « précarité ». Ces transformations entrent dans le cadre de réformes, initiées par l'Etat, pour tenter de sortir de cette crise, réformes inspirées de différents modèles des pays nordiques : celui dit de la « Troisième voie » et le *positive social state* d'Anthony GIDDENS¹, celui d'Etat providence de Gosta ESPING-ANDERSEN et notamment son appel à une « nouvelle architecture » des Etats providence européens², ou encore celui de Fritz W. SCHARPF et Vivien A. SCHMIDT qui proposent d'aller vers un Etat providence moins vulnérable et plus compétitif³.

Selon le sociologue américain Neil GILBERT⁴, le modèle dominant dans les démocraties occidentales serait en train de passer d'un Etat pourvoyeur de bien-être (*welfare state*) à un Etat responsabilisant (*enabling state*), ou Etat Social Actif, sous prétexte que l'Etat nécessite une perpétuelle adaptation à des changements structurels de la société moderne et du système capitaliste contemporain⁵. Que ce soit en Allemagne, Belgique, Etats-Unis, Royaume-Uni ou France, la notion d'Etat Social Actif renvoie à une très ancienne conception du collectif, qui est à la base du libéralisme britannique dont le célèbre dicton de Margaret Thatcher (« *there is no society, there are only individuals* ») fut l'emblème. Ce dicton propose un renouvellement de la justice sociale classique de l'Etat providence - la solidarité comprise comme responsabilité collective du bien-être/mal-être des individus - en une notion nouvelle où la solidarité est pensée comme une manière de donner à chaque individu les moyens lui permettant de réduire au maximum la charge nette qu'il représente pour les autres. En retour

(2005), *Le souci des autres. Ethique et politique du care*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, p. 294.

¹ GIDDENS A., (1994), *Beyond Left and Right : The Future of Radical Politics*, Stanford, Stanford University Press.

² ESPING-ANDERSEN G., (2001), *A New Welfare Architecture for Europe ?*, Rapport, http://www.socsci.auc.dk/ccws/students/Esping-A.report_2001.pdf

³ SCHARPF F.W., SCHMIDT V.A., (2000), *Welfare and Work in the Open Economy*, Oxford, Oxford University Press.

⁴ GILBERT N., (2002), *Transformation of the Welfare State : The Silent Surrender of Public Responsibility*, New York, Oxford University Press, p. 43.

⁵ CALLINOS A., (2001), *Against the Third Way : An Anti-capitalist Critique*, Cambridge, Polity Press.

l'individu doit peser le moins possible sur l'ensemble des autres individus et donc diminuer ses appels à la solidarité collective¹. Cette forme de justice sociale que certains appellent « solidarisme responsabiliste »² ou encore « solidarité de responsabilisation »³ montre que le principe de responsabilité des individus envers la société s'est substitué au principe de solidarité de la société envers ses membres⁴. L'Etat social doit aujourd'hui s'adapter aux situations particulières, personnaliser ses moyens dans le but de suivre au plus près les problèmes des personnes en difficulté, permettre aux individus de reprendre pied dans la société. Cette dernière serait devenue un réseau de trajectoires individuelles d'existence, selon notamment les tenants du courant *néoexistentialiste*⁵, toutes orientées vers l'accomplissement de soi (le soi étant compris comme identité authentique). Il s'agit alors, par exemple, et concernant les demandeurs d'emploi, de promouvoir l'employabilité des chômeurs et des inactifs⁶ en établissant de nouveaux liens entre politiques sociales et politiques du marché du travail (les premières se voyant subordonnées aux secondes).

Dans cette conception du social, chaque trajectoire individuelle d'existence peut être perçue comme un fil qui tisse la société des individus, donnant à voir un « tissu social » qui, sans être irréductible à l'ensemble des trajectoires qui le forme, sert de support à chacune de ces trajectoires. Dans ce maillage de trajectoires individuelles d'existence, chaque fil est tissé dans le but de s'accomplir, en tant que « personne », en tant qu'auto-identité dynamique (Anthony GIDDENS⁷ développe l'idée de *self-identity*). La société est aujourd'hui considérée comme étant d'autant plus juste qu'elle permet aux individus de devenir les acteurs de leur propre existence. L'Etat social actif peut être ainsi considéré comme le « support des supports » permettant de rendre la société aussi juste que possible, par la visée de certains objectifs normatifs et par l'utilisation d'instruments adéquats. « C'est cette notion de *support*, contrairement à des notions distinctes comme l'intervention ou l'encadrement, qui spécifie l'actualisation contemporaine de l'Etat libéral dans sa vocation *activatrice* ou *proactive* : l'ESA [Etat Social Actif] se réfléchit lui-même comme le support de second degré, pourrait-

¹ ARNSPERGER C., « L'Etat social actif comme nouveau paradigme de la justice sociale. L'avènement du solidarisme responsabiliste et l'inversion de la solidarité », dans VIELLE P., POCHET P., CASSIERS I. (dir), (2005), *op. cit.*, p. 279-300.

² ARNSPERGER C., (2005), *op. cit.*

³ SOULET M.-H., « Une solidarité de responsabilisation », dans ION J., (2005), *op. cit.*, p. 86-103.

⁴ EWALD F., KESSLER D., (2000), « Les noces du risque et de la politique », *Le débat*, n°109, p. 71, cité par SOULET M.-H. dans ION J., (2005), *op. cit.*, p. 87.

⁵ Avec des auteurs tels que BECK, BECK-GERNISHEIM, GIDDENS, cité par ARNSPERGER C., (2005), *op. cit.*, p. 281.

⁶ ORIANNE J.-F., (2005), *Le traitement clinique du chômage*, Thèse de doctorat de sociologie, Louvain-la-Neuve, Université Catholique de Louvain.

⁷ GIDDENS A., (1991), *Modernity and Self-Identity*, Cambridge, Polity Press.

on dire, des trajectoires individuelles d'existence – support destiné à « orchestrer » l'entrelacement dynamique de ces trajectoires de telle sorte qu'elles s'auto-accomplissent le plus possible, à la faveur d'un support de premier degré (le tissu social lui-même) ajusté à la nature propre de ces trajectoires. »¹ D'une part, chaque individu prend en charge sa propre trajectoire, et d'autre part la société lui offre le cadre optimal lui permettant de réaliser ce projet.

La protection sociale vise à protéger l'individu contre la survenue de divers risques qui sont généralement pour lui des événements extérieurs (intempérie, maladie, accident, perte d'emploi, etc.). Dans la logique de l'Etat Social Actif, l'individu, acteur de ce qui lui arrive, est considéré comme sujet d'un risque pour lequel il a eu un rôle plus ou moins actif. En même temps, dans la mesure où la collectivité joue le rôle de dispositif de mutualisation des risques, à chaque déconvenue touchant un individu, c'est l'ensemble de tous les individus qui est frappé. C'est donc à l'individu lui-même de ne pas faire porter le poids de sa prise en charge à la collectivité, de ne pas affaiblir la solidarité collective en venant y puiser trop de ressources. La solidarité de l'individu envers autrui se joue dans cette prévention des risques qu'il fait encourir à la collectivité. Il s'agit alors pour les gestionnaires des risques, travailleurs sociaux et autres professionnels du « bien-être », d'« activer » l'individu en agissant auprès de lui, et ce quelque soit sa trajectoire sociale, qu'il soit au chômage, en arrêt maladie, ou bien inséré socioprofessionnellement. L'activation de l'individu vise à prévenir les risques à la fois de chute et de rechute pour qu'il ne tombe pas (encore) plus bas que là où il se situe à un moment donné. Plutôt que d'assister des « bénéficiaires » de l'aide sociale, il s'agit aujourd'hui d'activer des « personnes » par la mise en œuvre de programmes sociaux qui répondent à la double justification de l'efficacité et de l'équité, et qui doivent leur permettre de s'en sortir par elles-mêmes. Cette activation va dans le sens d'une préférence systématique accordée à l'engagement des individus sur le marché du travail (l'activité), voire d'une condition d'activité introduite pour l'éligibilité aux prestations (condition qui prendra différentes formes : contrat, projets de toutes sortes, et évaluations)². L'individu reçoit l'aide

¹ ARNSPERGER C., (2005), *op. cit.*, p. 282-283.

² Comme le souligne SOULET, « l'Etat social a donc dû activer ses ressources en développant le principe de la contrepartie : donnant donnant. D'Etat-bailleur, nous sommes passés à un Etat-souteneur. Plutôt que de verser catégoriellement des prestations à des populations cibles dans l'indistinction des situations particulières, donnons à chacun les moyens spécifiques qui lui sont nécessaires pour faire face aux aléas de son existence et pour reprendre place au sein de la société, tel est le mot d'ordre de cet Etat attentionné. » SOULET M.-H. dans ION J., (2005), *op. cit.*, p. 87-88.

lui permettant de s'autonomiser par lui-même à la condition express qu'il s'active¹. Autrement dit, les politiques sociales « ne sont plus seulement là pour distribuer des supports objectivés, toujours indéniablement nécessaires pour permettre l'intégration sociale, mais elles cherchent à offrir des possibilités pour reconstruire des capacités de subjectivation, jugées désormais indispensables à l'autoréalisation des individus, elle-même condition complémentaire de l'intégration sociale. »²

Les politiques d'intégration sociale sont l'objet actuellement de transformations importantes dans un certain nombre de pays du monde développé. Si ce mouvement est en grande partie partagé, la manière de traiter l'intégration au niveau national varie d'un Etat à un autre, ne serait-ce parce que tous les Etats ne possèdent pas le même système de protection sociale et de gestion des risques sociaux³. En France, l'intégration des publics en difficulté sur le marché du travail relève depuis la fin des années 70 du domaine de l'« insertion professionnelle », notion qui apparaît dans un contexte de crise de la régulation fordiste ou de la société salariale. Comme l'explique Robert CASTEL, l'« insertion », catégorie de l'incertitude des Etats sociaux, « se donne comme un problème et propose en même temps une technologie pour le résoudre. Elle nomme à la fois la distance par rapport à l'intégration et le dispositif pratique qui est censé la combler. »⁴

Dans le cadre des politiques d'intégration, Isabelle ASTIER a déjà pu observer que la notion d'insertion émerge en même temps qu'est créé tout un secteur de politique sociale qui représente un continuum de programmes publics regroupant des « minima sociaux », au premier plan desquels figure le Revenu Minimum d'Insertion, des mesures de politique de l'Emploi, des services et des activités sociales⁵. Les évaluations de ces dispositifs ont montré que leur efficacité reposait sur des valeurs de « solidarité » et de « citoyenneté » qui passent par des techniques appréhendant de manière globale les différents problèmes conduisant à la « précarité sociale »⁶. Pour lutter contre cette « précarité », il ne s'agirait plus tant de mettre

¹ Pour plus de détails sur le passage du modèle de justice sociale solidariste (Etat providence) au modèle responsabiliste (Etat social actif), cf. annexes de l'introduction - *Tableau comparatif entre les politiques de protection sociale de l'Etat providence et l'Etat Social Actif*.

² *Ibid*, p. 92.

³ Cf. à ce propos le Rapport 2008 de Mental Health Europe (MHE), *From Exclusion to Inclusion – The Way Forward to Promoting Social Inclusion of People with Mental Health Problems in Europe. An analysis based on national reports from MHE members in 27 EU Member States*, disponible en ligne sur le site du MHE.

⁴ CASTEL R., (1995), *op. cit*, p. 435.

⁵ ASTIER I., (2007), *op. cit*.

⁶ Les études évaluatives menées en France depuis plus de quinze ans montrent que les résultats en termes d'insertion professionnelle des « bénéficiaires » de ces politiques ne sont jamais négligeables : Cf. BOUDER A.,

en œuvre des technologies de l'insertion se limitant, en quelque sorte, aux aspects professionnel ou économique conduisant à l'exclusion, il s'agirait plutôt de favoriser la mise en œuvre de technologies qui visent l'*accessibilité* à la prévention et aux soins des personnes, en étant capable à la fois de désigner les injustices sociales et de prendre en compte tout un ensemble d'atteintes (perte d'autonomie, chômage, pauvreté, problème de logement, violence, mauvaise santé, ruptures de liens sociaux et familiaux etc.). Permettre à l'individu d'accéder à la prévention et aux soins viserait à réduire les risques de fragilisation de son « bien-être » physique, social et mental, bref de sa « bonne » santé mentale. Cette technologie de l'*accessibilité* à la fois globale (multisectorielle), individualisée (sur la personne) et située (sur le « bien-être »), nécessiterait la mise en œuvre de nouvelles formes d'organisation entre psychiatrie et travail social (dispositif « *sociopsychique* », dispositif-réseau, collectifs d'intervention) s'inscrivant dans les nouvelles orientations de l'Etat Social Actif.

Dans ce contexte, si les individus aujourd'hui sont tous soumis à ces nouveaux processus d'individuation qui relèvent de l'activation, comment font, d'une part, les individus fragilisés qui n'arrivent pas à prendre en charge leur propre trajectoire, à réaliser leur projet, à se responsabiliser par eux-mêmes, à prévenir les risques qu'ils font encourir à la société, et d'autre part, les professionnels de la protection sociale qui doivent, à la fois pour eux-mêmes et pour ces individus fragilisés, porter ces nouvelles injonctions à l'autonomie. Si, en suivant Robert CASTEL, au nouveau risque social « précarité » répond la technologie « santé mentale », en quoi la coordination des champs de la psychiatrie et du travail social, processus participant au déploiement de la santé mentale, constitue une nouvelle technologie de l'intégration sociale venant faire face au risque « précarité » ? Plus exactement en ce qui concerne notre projet de recherche, comment cette solidarité de responsabilisation agit-elle sur les acteurs de la protection sociale, les cliniciens de la précarité ? Quelles conséquences peut-on observer du point de vue de la relation d'aide et du cadrage des activités cliniques ? S'il s'agit de prendre en charge la souffrance de « nombre d'individus, [qui] en raison de leur trajectoire biographique comme de la nature des exigences du système socio-économique, ne

CADET J.-P., DEMAZIERE D., (1994), « Evaluer les effets des dispositifs d'insertion pour les jeunes et les chômeurs de longue durée. Un bilan méthodologique », Documents Synthèse CEREQ, n°98, ou BARBIER J.-C., PEREZ C., « Evaluer l'efficacité organisationnelle d'un dispositif public : l'exemple des Plans locaux d'insertion économique » dans GAZIER B., OUTIN J.-L., AUDIER F., (1999), *L'économie sociale, formes d'organisation et institution*, XIX Journées de l'AES, Paris, L'Harmattan, Tome I, p. 82-96.

peuvent, momentanément ou durablement, ressortir d'une logique de l'activation »¹, comment les cliniciens font-ils pour négocier l'émergence d'une réponse technologique (la santé mentale) relevant justement de cette même activation ?

Si la critique est parfois facile : « l'avènement du problème social de la santé mentale des exclus doit moins être envisagé comme une forme de psychiatriation des pauvres que comme un aspect du phénomène plus général de production d'un sujet libéral – responsable, autonome, se gouvernant lui-même, sachant s'adapter et faire face à l'insécurité sociale... - auquel participe en particulier le vaste champ des professionnels de la santé mentale »², il n'existe pas, ou peu, d'analyses effectuées à partir de descriptions ethnographiques des pratiques cliniques au front de la précarité et de la santé mentale³. Reste donc à analyser, dans le cadre des politiques d'intégration sociale de l'Etat Social Actif, le traitement clinique de la précarité permettant à chaque individu à la fois de se prendre en charge par lui-même (perspective libérale) et de s'attacher au monde (perspective relevant de la solidarité).

¹ SOULET M.-H., « La reconnaissance du travail social palliatif », dans la revue *Dépendances*, n°33, décembre 2007, p. 15.

² SICOT F., « La santé mentale comme mode de gestion politique de l'exclusion ? La psychiatrie au chevet des assistés dans le cadre d'une protection sociale renouvelée », dans BRESSON M., (2006), *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*, Paris, L'Harmattan, p. 81.

³ Les études relativement récentes intégrant un questionnement sur les problématiques à l'articulation du travail social, de la psychiatrie et de la santé mentale s'intéressent plutôt aux représentations de la santé mentale (cf. par exemple la recherche menée par Claudie HAXAIRE (2002) au Centre de Recherche Psychotropes, Santé Mentale, Société, qui s'intéresse aux « Représentations de la santé mentale et de la souffrance psychique par les médecins généralistes et leurs patients », Projet de recherche MiRe/DREES), aux déterminants sociaux des problèmes de santé psychique (cf. les travaux d'Alain ERHENBERG, (1998), *op. cit.*, ou encore ceux présentés dans l'ouvrage dirigé par Michel JOUBERT, (2003), *Santé mentale. Ville et violences*, Ramonville Saint-Agne, Erès), aux transformations de la place des usagers des services de santé mentale (DODIER N, (2002), « Les transformations de la place des usagers de santé mentale », Projet MiRe-DREES) ou encore à la formation des psychiatres (PINELL P., « Analyse sociologique de la formation des psychiatres en France, (1968-2000) », *Cahiers de recherche de la MiRe*, La Documentation Française, n°15, avril 2003).

SOCIOLOGIE DE LA CLINIQUE ET ETHNOGRAPHIE COMBINATOIRE

Si ce travail de thèse analyse une politique publique (l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité), nous avons choisi de l'attaquer par un angle bien particulier, celui du traitement clinique, c'est-à-dire par l'angle des processus d'individuation tels qu'ils sont donnés à voir dans le lieu que constituent les pratiques ordinaires des agents chargés de la mettre en œuvre, d'en traduire les énoncés en action auprès d'autrui. Plus spécifiquement, il s'agit de procéder à l'analyse sociologique des cadres de l'action, des caractéristiques organisationnelles et temporelles de cette traduction, des références théoriques et cliniques mobilisées (les corpus doctrinaux de référence) et des parcours d'engagement des acteurs qui agissent cette politique. Nous ne focalisons donc pas notre attention sur le point de vue du législateur, du décideur, ou encore celui du bénéficiaire, mais privilégions celui de l'agent, clinicien qui se situe au chevet des personnes en situation de précarité. Plutôt que de centrer notre analyse sur les mesures des politiques publiques, nous procéderons à une analyse de l'action publique centrée sur les agents locaux qui les mettent en œuvre afin d'observer comment ces politiques sont traduites, comment elles sont pratiquées, ou, comme le dirait GUATTARI¹, comment les « productions polyphoniques de subjectivité » sont générées. Il s'agit pour nous d'interroger les conditions concrètes de l'agir des agents (au sens où ils agissent la politique), leurs ouvertures à des capacités nouvelles et les ajustements auxquels ils doivent se livrer de fait dans le cours détaillé de leurs actions.

En région Rhône-Alpes, la mise en œuvre de cette politique nationale s'est traduite par la création en 2000 d'un premier Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS²), suivi d'une seconde mouture en 2003 (PRAPS 2), pour être finalement intégrée au Programme Régional de Santé Publique (PRSP) au début de l'année 2006³. Dans le département de l'Ain, la mise en œuvre du PRAPS a permis de consolider un « dispositif-réseau », alors naissant, appelé « Carrefour Santé Mentale Précarité » (CSMP).

¹ GUATTARI F., (1992), *Chaosmose*, Paris, Galilée.

² Circulaire DGS/SP2/99/110 du 23 février 1999 relative à la mise en place de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité.

³ Une troisième version du PRAPS a été élaborée à la fin de l'année 2007 (circulaire n°DGS/2007/430 du 7 décembre 2007), mais cette dernière mouture n'entre pas dans notre corpus d'étude.

I. Le terrain de recherche : le Carrefour Santé Mentale Précarité du département de l'Ain

Département frontalier, proche de grandes agglomérations (Lyon, Genève), composé de bassins industriels pour certains sinistrés et de nombreuses zones rurales parfois assez enclavées¹, l'Ain regroupe une population diversifiée et de plus en plus exposée aux risques psychosociaux liés à la précarité sociale. Ainsi le Centre Psychothérapique de l'Ain (CPA) constate un fort accroissement des demandes de soin psychique (violences, conduites addictives, repli, marginalisation, autodestruction...) relatives à des conditions de travail difficiles, des tensions conjugales, des problèmes avec les enfants, des angoisses et incertitudes quant à un lendemain précaire, des violences liées à la situation de chômage, ou encore à l'exil. Ces demandes se font alors aux dépens des patients fréquentant habituellement les Centres MédicoPsychologiques (CMP) du département tels que les « dépressifs », les « psychotiques », les « alcooliques »... Parallèlement, l'hôpital psychiatrique de l'Ain voit dans les cinq Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) du département un des principaux pourvoyeurs de l'hébergement des malades après leur hospitalisation. La problématique qui émerge de ce double mouvement est que les établissements de soins que sont les CMP doivent aujourd'hui intégrer une problématique habituellement réservée aux travailleurs sociaux, et en même temps, les CHRS doivent intégrer, dans l'accompagnement social qu'ils assurent, une réelle démarche de soin.

A la fin de l'année 2004, confronté à cette problématique de coordination entre psychiatrie et travail social depuis plus de six années, le responsable du CSMP, Jean-Jacques TABARY, interpelle Bertrand RAVON sur les conseils de Christian LAVAL, sociologue à l'ORSPERE². L'évolution du dispositif CSMP nécessite, pour les cliniciens du CSMP, de mener une recherche permettant notamment de saisir « les enjeux sociologiques liés à la transformation de la psychiatrie publique au front de la précarité sociale »³.

Lors de notre première rencontre avec Mr TABARY, il nous est apparu d'emblée que ce dispositif constituait un véritable laboratoire en ce qui concerne les transformations des pratiques cliniques d'*accessibilité à la prévention et aux soins*, et ce pour plusieurs raisons. Tout d'abord, parce que ce dispositif est le seul en France à posséder des ramifications sur

¹ Cf. à ce sujet un article du responsable du CSMP, Jean-Jacques TABARY, « Néo-ruralité et souffrance psychosociale », dans la revue Rhizome n°28, *Ruralité et Précarité*, octobre 2007.

² Nous reviendrons sur la nature des liens qui tiennent le CSMP et l'ORSPERE dans le chapitre 1.

³ Mr TABARY lors de notre première rencontre (octobre 2004).

l'ensemble des secteurs et intersecteurs psychiatriques d'un département, il implique des territoires institutionnels diversifiés (secteur psychiatrique, circonscription d'action sociale, canton, communauté de communes) qui tentent de se constituer en réseau. Ce faisant, il met au travail des professionnels d'horizons divers, ce qui permet de poser la question des professionnalités et la mise à l'épreuve de différentes appartenances institutionnelles. S'il existe, en France, de nombreux dispositifs similaires, ils œuvrent généralement à l'échelle d'une ville, voire de quelques arrondissements (Paris, Lyon, Marseille). De plus, du fait de cette territorialisation, le CSMP est confronté à une précarité autant « urbaine » que « rurale ». Ensuite, parce que le CSMP est un des plus anciens dispositifs de ce type sur la centaine répertoriée sur le territoire français en 2010, et parce qu'il revendique¹ une affiliation à la « clinique psychosociale »², il donne à voir un très bon exemple de dispositif « sociopsychique » dont nous avons parlé plus haut. Enfin, parce que le CSMP entretient des liens de familiarité avec d'autres dispositifs étudiés par un certain nombre de psychologues et de sociologues³ qui partent également des pratiques ordinaires des cliniciens pour comprendre ce qui se trame dans la relation d'aide, son analyse nous permettra de contribuer aux analyses des relations entre psychiatrie et travail social en veillant à observer les similitudes et divergences nous permettant de comprendre quels sont les processus d'individuation qui les traversent.

La recherche empirique, sur lequel se fonde ce travail de thèse de doctorat, a bénéficié d'une allocation de recherche de la Région Rhône-Alpes, dans le cadre du programme annuel de recherche « Émergence ». En 2004, le CRESAL⁴ a répondu à cet appel d'offres régional, en

¹ Cf. TABARY J.-J., « Quels soins offrir à celui qui ne demande rien ? L'exemple du CPA de Bourg-en-Bresse. », dans la revue *Rhizome*, n°3, décembre 2000, p. 10-11.

² COLIN V., FURTOS J., « La clinique psychosociale au regard de la souffrance psychique contemporaine », dans JOUBERT M., LOUZOUN C. (dir), (2005), *Répondre à la souffrance sociale*, Ramonville Saint Agne, Erès, p. 99-115.

³ BENASAYAG M., SCHMIT G., (2003), *Les passions tristes. Souffrance psychique et crise sociale*, Paris, La Découverte ; HERMANT E., (2004), *op. cit.* et « De l'autre côté du miroir. « Sacks, vous êtes un cas ! » Le chirurgien qui a opéré la jambe d'Oliver Sacks », Introduction à la conférence prononcée le 13 octobre 2006 au colloque *La psychothérapie à l'épreuve de ses usagers* ; JOUBERT M., LOUZOUN C., (2005), *op. cit.* ; MARTIN J.-P., (2006), « L'institution du tiers dans les pratiques cliniques », dans LAVAL C., RAVON B. (coord.), *Réinventer l'institution*, Rhizome n°25, 2006, p. 37-39 ; PRYEN S., (2008), « Travailler ensemble sur un territoire, les difficultés multiples rencontrées par des familles de milieux populaires. Enjeux et tensions d'une forme spécifique de travail thérapeutique en réseau – La clinique de Concertation », Rapport de recherche soutenu et sollicité par l'association Ecole et Famille, Saint Ouen l'Aumône ; et de manière générale cf. les différentes présentations de dispositifs dans la revue *Rhizome* où sont disposés les points de vue de professionnels de la santé, du social, institutionnels et chercheurs en sciences humaines et sociales.

⁴ CRESAL : Centre de Recherche et d'Etudes en Sociologie Appliquée de la Loire.

proposant une étude intitulée « Travail social, santé mentale et nouvelles professionnalités »¹ portant sur « le développement des dispositifs d'accompagnement clinique de la souffrance psychique relative à la précarité sociale ».

En juillet 2005, l'étude a été acceptée et a débuté en janvier 2006. Ce n'était pas ma première expérience de recherche au sein du CRESAL. J'avais réalisé, dans ce même laboratoire en 2003-2004, mon DEA de sociologie et d'anthropologie². Ce contrat avec la région Rhône-Alpes était particulièrement attrayant car il permettait de concilier un véritable travail de recherche fondé sur des observations de terrain et un objet particulièrement proche des expériences professionnelles que j'avais pu acquérir jusqu'alors en tant que psychologue clinicien (notamment au front de la précarité et dans le département de l'Ain), ou en tant que coordinateur d'activités psychosociales.

Le « devis » initial de cette recherche était composé de deux volets scientifiques : un volet socio-historique porté principalement par le responsable du projet, Bertrand RAVON, appuyé par Christian LAVAL ; un volet sociologique effectué par moi-même et constituant l'objet de ma thèse, sous la double direction de Jacques ION et de Bertrand RAVON. Précisons que les deux volets de cette recherche ont évolué conjointement à travers des séances de travail organisées spécialement pour l'occasion ou encore grâce aux nombreux échanges qui se sont tenus lors de l'atelier « Attachements et nouveaux dispositifs d'intervention sociale » et des séminaires « Politique de l'individu » (2006-2007) puis « Processus d'individuation » (2007-2008) qui ont lieu mensuellement au sein de l'équipe n°3 du laboratoire MODYS³ tout au long de la période de recherche⁴. Le volet sociohistorique du projet visait à effectuer un repérage historique des relations entre psychiatrie et travail social et à dégager quelques lignes de transformation des cadres d'action dans le travail social⁵. Le volet sociologique de cette recherche consistait à étudier, de manière qualitative et impliquée, « l'actualité des

¹ RAVON B. (dir), ION J., LAVAL C., PEGON G., TABARY J.-J., (2007), « Travail social, santé mentale et nouvelles professionnalités. Le développement des dispositifs d'accompagnement clinique de la souffrance psychique relative à la précarité sociale », Contrat Emergence, Région Rhône-Alpes, Projet n°1267.

² PEGON G., (2004), *Clinique de l'exil, métissage de la clinique. Approche socio-anthropologique des transformations de la pratique de psychologues cliniciens au sein d'un dispositif psychothérapeutique d'aide aux migrants*, mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etude Appliquée en sociologie et anthropologie de l'Université Lumière Lyon 2, sous la direction de Bertrand RAVON.

³ Sous le nom de MODYS (MONdes et DYNAMIques des SOCIétés) la nouvelle UMR n° 5264 a été créée le 1er Janvier 2007 à partir d'une démarche volontaire de chercheurs du CNRS et d'enseignants-chercheurs des Universités Lyon2 et Jean-Monnet de Saint-Etienne. Cf. <http://www.modys.fr>

⁴ Un récapitulatif des appuis techniques reçus dans le cadre de ce travail de thèse est disponible dans les annexes de l'introduction.

⁵ Ce travail a débouché entre autres sur la publication d'un numéro des cahiers de Rhizome, *Réinventer l'institution* (déc. 2006), Cahier de Rhizome n°25, Bron, ORSPERE), puis d'un article ION J., LAVAL C., RAVON B., « Politiques de l'individu et psychologies d'intervention : transformation des cadres d'action dans le travail social », dans CANTELLI F., GENARD J.L (coord), (2007), *op. cit.*, p. 157-168.

transformations de la pratique d'acteurs sanitaires et sociaux confrontés aux conséquences « psychiques » de « rupture de liens sociaux » »¹.

II. La posture de recherche : de l'anthropologie dans la clinique à une sociologie de la clinique

« Wittgenstein a dit : ce dont on ne sait parler il faut le taire. Je crois qu'on pourrait dire à aussi juste titre : ce dont on ne sait parler, il faut le chercher. »

ELIAS N., (1991), *Mozart sociologie d'un génie*, Paris, Ed. du Seuil, p. 239.

La double commande - institutionnelle du côté du CSMP - et scientifique - du côté du CRESAL - au principe de cette thèse invite à préciser ma démarche, bien spécifique, au sein de ma propre trajectoire personnelle et professionnelle afin de préciser l'intérêt de mon approche, son enjeu et ses limites.

La proposition de travail à l'origine de cette thèse de doctorat est redevable d'un certain nombre d'expériences cliniques, que j'ai vécues en France et à l'étranger (au Viêt-Nam et en Biélorussie) en tant que stagiaire psychologue puis en tant que psychologue et coordinateur d'activités psychosociales. Bien que cette thèse soit une thèse de sociologie et d'anthropologie, il est impossible de ne pas y sentir la marque et l'influence de ma formation de psychologue, une formation avant tout nourrie par une vision éclectique de la psychologie.

J'ai réalisé mes études de psychologie dans un établissement privé d'enseignement supérieur qui prépare à « l'exercice du métier de psychologue dans les domaines de la santé, de l'entreprise, de l'éducation et de la justice »². Plus que l'apprentissage technique d'une profession, cette école invite l'élève à bricoler au fil des années son propre *métier*, sa propre pratique (c'est une école de psychologues *praticiens*), sa propre professionnalité, en allant chercher, dans les domaines d'expertise étudiés, les solutions pragmatiques lui permettant de donner du sens aux nombreuses situations cliniques qu'il rencontre dans les stages obligatoires. L'école sollicite un travail de subjectivation quasi permanent à travers toute une technologie de l'analyse de la pratique (groupe de parole, rapports d'analyse du contre-transfert, travaux de groupes portant sur la dynamique des groupes, etc.). Réflexivité,

¹ Selon les termes initiaux de notre projet de thèse en 2005.

² Extrait du site internet de l'Ecole de Psychologues Praticiens où j'ai réalisé mes études de psychologie.

subjectivation et expertise pourraient être les maîtres mots de cette formation. Mais pour quoi faire ?¹

A travers une tendance manifeste à la marchandisation et à la médiatisation du « devenir soi »², la psychologie clinique semble trouver sa place aujourd'hui dans un marché florissant. De la prise en charge psychologique habituelle à l'accompagnement psychothérapeutique des victimes en passant par le coaching, les stages de bien-être et les multiples formes de séjours où l'on apprend à « lâcher prise » ou à gérer son stress et sa vie amoureuse, les psychologues sont partout et interviennent sur tout : ils s'insèrent dans l'intimité au travers des médias (voir le succès du magazine Psychologie et l'augmentation des pages « psy » dans les journaux de la presse féminine mais aussi masculine), interviennent à domicile ou dans la télé-réalité (toutes les émissions « prime time » disposent aujourd'hui de « leur psy » venant mettre en mots les maux des invités), ils sont pris à partie dans la justice (de plus en plus de « psy » sont présents dans les tribunaux pour effectuer des expertises victimologiques, voir aussi l'augmentation du nombre de criminologues en France), techniciens dans l'entreprise (du chargé de recrutement au directeur en ressources humaines), ils importent et s'exportent, ils font de l'humanitaire et du sanitaire, tant de choses pour une seule profession.

Tout se passe comme si la psychologie apparaissait comme le support suprême de l'individu qui aspire à devenir souverain de lui-même. Au cours de mes études de psychologie, j'ai cependant assez rapidement fait l'expérience du paradoxe que contient le support « psy », dès lors saisi comme technologie.

Cette prise de conscience a débuté lors d'un intense travail de recherche en psychologie sociale effectué en deuxième année d'étude de psychologie et qui portait sur *La vie communautaire*. Particulièrement affecté par la lecture du célèbre ouvrage de FREUD, *Malaise dans la culture*, j'initiais à partir de ce travail une comparaison entre les processus d'individuation que pouvait offrir une communauté de sœurs cisterciennes dans leur couvent et ceux que pouvait offrir la « communauté » psychologique à travers des psychologues cliniciens d'orientation psychanalytique qui affirmaient la nécessité « de sortir leur divan dans la rue »³. Je percevais à l'époque qu'il existait un lien entre ces processus d'individuation et les technologies religieuses ou scientifiques qui les étayaient, sans pour autant réussir à en

¹ Cf. l'argumentaire de l'Ecole de Psychologues Praticiens, placé dans les annexes de l'introduction, pour une idée plus précise des champs d'intervention des psychologues sortis de cette école.

² EHRENBERG A, (1998), *La fatigue d'être soi*, Paris, Odile Jacob, p. 209.

³ Comme le promet par exemple le directeur de l'Ecole de Psychologues Praticiens Jean-Pierre CHARTIER à travers un certain nombre de ses ouvrages concernant la clinique des adolescents difficiles.

dégager suffisamment de sens pour alimenter sérieusement notre recherche : comment pouvons-nous devenir nous-mêmes en rentrant dans le cadre normatif d'une science qui est tout entière orientée par le processus d'individuation de son temps ? Comment devenir authentique à soi-même en répondant à une injonction normative en provenance de la société, extérieure à soi-même ?¹

Ce questionnement qui visait à contextualiser la pratique du psychologue m'a poursuivi tout au long de mes études, et m'a conduit à me tourner assez rapidement, parce que j'étais confronté en situation de stage à la différence culturelle, vers la psychologie interculturelle².

Le psychologue, comme le médecin, véhicule dans sa pratique des valeurs qu'il a intériorisées³. Sa vérité relève d'une forme de rationalité que bien souvent il ne perçoit pas, ce qui peut sembler étrange pour celui qui prétend pouvoir accompagner les individus vers leur « authenticité ». Bien souvent, il substitue une norme à une autre, sans se rendre compte que les principes psychologiques (par exemple d'ouverture à l'autre, d'empathie, d'écoute) constituent une nouvelle normalité sociale⁴. Cette tendance à « la bonne parole »⁵ et le refus de considérer leur point de vue comme étant une norme, ne contribuent pas à la rendre visible, ce qui peut engendrer le sentiment de l'absence de norme.

Pour tenter de mieux comprendre, autant pour moi que pour autrui, le paradoxe de l'injonction à devenir soi-même, il m'a fallu aller vers une seconde technologie capable de saisir la première en tant que telle. C'est ainsi que j'ai été amené tardivement à me tourner vers la sociologie, qui par sa dimension critique, m'a permis de mettre la psychologie à distance. Aller, en tant que psychologue, vers la sociologie était donc pour moi un pari, qui consistait à chercher à sortir de la psychologisation de l'objet psychologique. Tenter de ne pas psychologiser les individus que je rencontrais en consultation, tenter de ne pas psychologiser une culture, ou plus généralement encore tenter de ne pas psychologiser le social (en

¹ Je remercie cependant ici mes camarades (Julie AUTRAN, Maud LECONTE, Astrid FAYOT, Karim NASSIA, Alix SOMPAYRAC), devenus pour la plupart des amis, de n'avoir pas tué l'intuition dans l'œuf et, bien au contraire, pour m'avoir toujours encouragé à poursuivre ce questionnement.

² Cf. l'extrait d'introduction de mon mémoire de fin d'étude de psychologie placé dans les annexes de l'introduction.

³ PARSONS T., (1955), « Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne », *Éléments pour une théorie de l'action sociale*, Paris, Plon, p. 193-255.

⁴ Pour François De SINGLY ((2003), *Les uns avec les autres, Quand l'individualisme crée du lien*, Paris, Hachette littératures, p. 99), ce sentiment d'absence de norme est à mettre en lien avec la montée en puissance de l'affirmation d'un soi authentique qui ne supporte pas d'être référé à ce que jadis l'on appelait un rôle (le rôle du père, le rôle du psychologue). Chacun aujourd'hui croit définir par lui-même sa pratique.

⁵ *La bonne parole. Quand les psys plaident dans les médias* est le titre d'un ouvrage de Dominique MELH consacré à la psychologisation (éd. de la Martinière, 2003).

proposant, par exemple, en bon psychologue normatif tout un tas d'injonctions à l'authenticité ou encore d'injonctions à l'autonomie). Cette épreuve de résistance par contournement du psychologisme (en référence au *psychanalysme* de Robert CASTEL¹) a été d'autant plus difficile que parallèlement à la réalisation de mon DEA de sociologie et d'anthropologie, je continuais à recevoir des personnes en consultation dans le cadre d'un dispositif appelé « Appui Social Individualisé ». Face à la contrainte qui était la mienne, à savoir reformuler avec des RMistes chroniques (parfois plus de 15 ans de RMI) un projet d'insertion socioprofessionnelle en six séances, j'avais tendance à critiquer fortement le dispositif et les conditions politiques par lesquelles il était tenu (entre autres : le Fond social européen ne finançait que 6 séances, exceptionnellement 12 ; ou encore : le bassin d'emploi était tel qu'il s'agissait de travailler au final, et paradoxalement, sur le deuil du retour à l'emploi). Ne pas psychologiser l'individu consistait alors pour moi à ne pas tomber non plus dans le sociologisme par une critique rapide des phénomènes socioéconomiques (pour moi injustes) qui cadraient ma pratique. La question était plutôt alors de savoir comment je pouvais transformer mon engagement, en tant que psychologue, pour la dénonciation des injustices sociales en critiques sociologiques rationnelles ?

En sociologie, contrairement aux sciences dites « naturelles » mais comme en psychologie, les objets de l'analyse sont bien souvent des « sujets ». Norbert ELIAS avançait à propos des chercheurs en sciences sociales : « Leur propre participation, leur engagement conditionne par ailleurs leur intelligence des problèmes qu'ils ont à résoudre en leur qualité de scientifiques. Car, si pour comprendre la structure d'une molécule on n'a pas besoin de savoir ce que signifie se ressentir comme l'un de ses atomes, il est indispensable, pour comprendre le mode de fonctionnement des groupes humains, d'avoir accès aussi de l'intérieur à l'expérience que les hommes ont de leur propre groupe et des autres groupes ; or on ne peut le savoir sans participation et engagement actifs. »² En ce qui me concerne, cet engagement actif auprès du groupe étudié va quasiment de soi mais constitue en même temps une sorte de piège à penser. Comme le souligne Philippe CORCUFF « en tant qu'individus dotés d'une pluralité de dimensions, nous ne sommes pas que des sociologues, mais aussi des citoyens comme les autres, et nos traductions d'analyses sociologiques dans l'espace de ce qui nous apparaît politiquement souhaitable ne peuvent qu'être affectées par nos expériences biographiques,

¹ CASTEL R., (1973), *Le psychanalysme*, Paris, Flammarion.

² ELIAS N., (1993), *Engagement et distanciation, Contributions à une sociologie de la connaissance*, Paris, Fayard, p. 29.

nos inclinaisons éthiques ou nos intuitions politiques. »¹ Ne pas psychologiser ou sociologiser donc, c'est à dire reconnaître la capacité politique de la technologie, quelle qu'elle soit, psychologique ou sociologique.

Cependant, là encore, d'une technologie à l'autre, on n'échappe jamais vraiment à « l'air » normatif de son temps. Il s'agit donc aussi, en sociologue, d'avoir à l'esprit que cette démarche de dé-psychologisation participe peut-être d'une nouvelle caractéristique du cadre sociologique des psychologues.

Ainsi, j'écrivais dans mon mémoire de DEA de sociologie et d'anthropologie² :

Un constat sociologique : le renouveau des approches anthropologiques dans la clinique contemporaine :

Depuis quelques années, nous pouvons observer une certaine augmentation de la production d'ouvrages collectifs où anthropologues et psychologues se réunissent sur des thématiques cliniques communes telles que l'ouvrage collectif dirigé par René Kaës « différence culturelle et souffrances de l'identité » (1998), ou encore de manière plus parlante, l'ouvrage collectif, (qui est dirigé par des cliniciens anthropologues), « ruptures des liens, cliniques des altérités » (2003). A regarder ces ouvrages cliniques de plus près, il semblerait que la distribution des textes se fasse de manière telle que ce soit bien souvent l'anthropologie qui ouvre la marche des discussions. La clinique aurait-elle aujourd'hui besoin de se démarquer d'elle-même, pour se laisser introduire, par l'anthropologie, auprès de familles migrantes ? Tel semble être le cas pour un certain nombre de psychologues cliniciens (Benslama F, 2004, Douville O, 2004), qui considèrent aujourd'hui que l'anthropologie en tant qu'elle a à « produire une connaissance, dégagée des préjugés, des systèmes de valeur propre à telle ou telle société »³, peut apporter à une psychologie clinique, qui aurait parfois tendance, à tomber dans l'« ethnicisation ».

[...] En ce qui concerne cette étude [de DEA] et dans le même mouvement initié par les psychologues cités ci-dessus, il s'agit de tenter de créer une rencontre entre anthropologie et psychologie qui prend en compte, de manière critique, la fabrication idéologique des référents conceptuels, comme le référent ethnique, et ce afin de considérer les conflits subjectifs et leurs inscriptions sociales, dans l'histoire et le politique.

Mon mémoire de DEA visait à étudier l'actualité des transformations de la pratique de psychologues cliniciens confrontés aux conséquences « psychiques » de rupture des liens (sociaux, culturels, voire politiques) engendrées par des événements de grande envergure (migrations, exils, violences, traumatismes). A travers l'étude d'un dispositif de soin d'aide

¹ CORCUFF P., « Une social-démocratie libertaire, en rupture avec le capitalisme », dans CORCUFF P., ION J., DE SINGLY F., (2005), *Politiques de l'individualisme, entre sociologie et philosophie*, Paris, Textuel, p. 137.

² PEGON G., (2004), *op. cit.*

³ DOUVILLE O, (2004), *op. cit.*, p. 31.

aux migrants appelé « *Entraide Sociale Multifamiliale* »¹, j'ai pu mettre en évidence que les pratiques des psychologues étaient caractérisées d'une part par leur métissage - la pratique se référait à une pleine appartenance à plusieurs identités cliniques (hypnose éricksonienne, théorie familiale systémique, victimologie, ethnopsychiatrie, etc.) et, d'autre part, par une écoute collective de la souffrance des individus – la pratique était fondée sur une entraide en réseau associant familles, école et professionnels sanitaires et sociaux. Ces constats débouchaient sur l'hypothèse que nous tenions peut-être là un trait constitutif des nouvelles formes de pratiques psychologiques qui se caractérisent par leur vocation pluri-compréhensive, hypothèse qui me tient toujours dans cette présente recherche.

Cependant, je faisais également le constat que cette vocation présente un risque pour la psychologie car à mal comprendre le métissage, la clinique, prise dans le marché et la médiatisation du *devenir soi*, peut aisément tomber dans une pratique clinique patchwork à vocation omni-compréhensive. La psychologie, à travers certaines formes de victimologie notamment, se risque à se prendre pour une science « mère » cherchant à faire coexister simultanément la médecine, le droit, la philosophie, la sociologie, l'anthropologie, etc. Ce faisant, elle laisse la place à un psychologisme hygiéniste qui à mon sens pourrait recycler certaines formes de construction religieuse proches de l'idéologie.

Ainsi je conclusais mon DEA en confirmant la nécessité d'une démarche vers la socio-anthropologie afin de continuer à approfondir les manières permettant au psychologue d'éviter ce fonctionnalisme par une démarche de la désappropriation, entre autres, idéologique, qui consiste à tenter de se dégager, de manière critique, des préjugés et des systèmes de valeur propres à telle ou telle société. Il va donc de soi que si l'approche de ce métissage de la clinique, de cette « hyper-complexité » clinique ne peut se faire sans ce jeu de focales (passage de la clinique à l'anthropologie clinique, puis passage à la sociologie de la clinique) celle-ci trouve sa limite dans la reconnaissance d'un minimum de complexité (notamment en termes de passage d'un champ disciplinaire à l'autre, d'un niveau d'analyse à l'autre) en deçà duquel l'idéologie totalitaire peut remplacer la tentative d'intelligibilité.

¹ Ce dispositif est un service proposé par une association appelée SystHèmes (Villeurbanne, 69). Il vise à accompagner des familles dites « précaires », « lourdes » ou encore « de migrants sociaux » dont les enfants présentent des troubles du comportement et des difficultés scolaires.

Bref, comme le dit Robert CASTEL « [...] un équilibre psychique ne constitue jamais une donnée définitive interne dont l'achèvement n'est pas fixé *a priori*. Une analyse est bien « interminable » en ce sens : le travail d'élucidation de soi et de transformation de soi qu'elle instaure n'est jamais achevé. »¹ Il fallait donc poursuivre, aller plus loin en faisant pleinement l'expérience de ce que les sociologues appellent la « réflexivité sociologique » afin de continuer à prendre conscience d'une partie des présupposés de la clinique contemporaine et de leurs effets sur la connaissance élaborée.

Comme le soulignent Philippe CORCUFF, Jacques ION et François De SINGLY « en prenant conscience des limites des concepts utilisés, on saisit mieux le domaine de validité des énoncés scientifiques produits. Par la réflexivité sociologique, on localise davantage le savoir, et en le localisant on le rendrait plus rigoureux. S'il y a des présupposés, en amont de la connaissance sociologique, il y a aussi des usages sociaux et politiques de cette connaissance en aval. C'est-à-dire que cette connaissance peut être utilisée : 1^e) au sens le plus faible du point de vue de l'utilité sociale de la sociologie, comme un moyen de justification d'une politique (c'est sans doute, malheureusement, le plus courant) ; ou 2^e) en un sens plus intéressant pour ce qui est produit par la recherche sociologique, comme une ressource éclairant un problème et son traitement politique »². Je rejoins les auteurs dans cette deuxième perspective qui avait déjà été pointée par DURKHEIM : « Mais de ce que nous nous proposons avant tout d'étudier la réalité, il ne s'ensuit pas que nous renoncions à l'améliorer : nous estimerions que nos recherches ne méritent pas une heure de peine si elles ne devaient avoir qu'un intérêt spéculatif. » Et il ajoutait, en héritier des Lumières : « la science peut nous aider à trouver le sens dans lequel nous devons orienter notre conduite »³. La sociologie, est donc pour moi une « aide », un étayage permettant de ne pas tomber dans les travers d'une supposée « politique scientifique » (quelle que soit finalement la science, psychologie ou sociologie) qui viendrait se substituer à la logique démocratique. Cependant, s'il ne s'agit pas de tomber dans ces travers, il n'en reste pas moins que toute science est, et doit rester à mon sens, une politique agissante, une manière en quelque sorte de construire du vivre ensemble, de la démocratie. Il y a donc en permanence « interférence entre le savoir sociologique et l'action politique orientée vers le progrès social et démocratique »⁴.

¹ CASTEL R., (1981), *La gestion des risques*, Paris, Les Editions de Minuit, p. 167.

² CORCUFF P., ION J., DE SINGLY F., (2005), *op. cit*, p. 14.

³ *Ibid.*

⁴ Je rejoins ici les propos de Bertrand RAVON qui écrit également que c'est « l'exercice de la démocratie qui invite à faire de la sociologie (ou toute autre science sociale ou humaine), et non pas l'inverse. » RAVON B.,

Le sociologue, comme tout à chacun, doit être en mesure de « se percevoir soi-même comme un homme parmi d'autres »¹. Reconnaître cela, c'est faire la part belle aux relations que l'individu entretient avec autrui. C'est donc en même temps se rattacher aux approches relationnistes de l'individualité, au relationnalisme méthodologique, qui consiste à penser que l'individu est « fabriqué » dans et par des relations sociales historiquement situées. Les « individus » comme la « société » sont perçus dans cette perspective comme étant des entités secondes, constituées par les relations sociales. Comme l'a bien montré ELIAS, ces termes désignent un processus à la fois relationnel et évolutif. La science qui prétend analyser ces relations ne peut pas s'extraire de l'attachement de ses scientifiques au monde qu'ils habitent et qu'ils analysent². Je le répète donc, autant pour moi que pour autrui : impossible d'échapper à la sociologie de son temps.

J'ai eu la chance, entre mon DEA et ce travail de thèse de retourner au Vietnam pour y vivre une expérience professionnelle en tant que coordinateur d'activités psychosociales. Cette expérience, très fortement chargée politiquement³, m'a permis de me confronter à la mise en œuvre de dispositifs d'action publique, et plus précisément de dispositifs cliniques au front de la précarité sociale en lien avec le VIH-SIDA.

Quelques jours avant de commencer ce travail de thèse, je rencontrais, en psychologue, de nombreux patients séropositifs vietnamiens qui me racontaient leur histoire personnelle, familiale et « culturelle », souvent marquée par de violentes ruptures, et qui, à travers la rencontre, venaient rechercher quelque chose en eux-mêmes, de leurs propres questions et affects, en lien à des soucis personnels, familiaux ou amoureux. Alors que j'étais une nouvelle fois confronté à la « différence culturelle », émergeaient à la fois des problématiques liées à l'histoire de la personne et des problématiques concernant l'engagement à la fois intime et politique de ces personnes au sein de la société ou du dispositif d'accueil dans lequel ils étaient suivis. Sans tenter de répondre à ces problématiques par une solution communautaire

(2008), *Le souci du social*, Mémoire pour l'Habilitation à Diriger des Recherches, Université Lumière Lyon II. p. 5.

¹ ELIAS N., (1991), *Qu'est-ce que la sociologie ?*, La Tour d'Aigues, Editions de l'Aube, p. 10.

² RAVON B., (2008), *op. cit.*, p. 5

³ Mon employeur était le Groupement d'Intérêt Public ESTHER (Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique et Hospitalière en Réseau). Présidé à l'époque par Bernard KOUCHNER, ce GIP était placé sous la double tutelle du ministère de la santé et du ministère des affaires étrangères. Il s'agissait pour moi d'une part de faciliter des partenariats hospitaliers entre hôpitaux français et hôpitaux vietnamiens, et, d'autre part, de mettre en œuvre des consultations et réseaux psychosociaux pour des personnes vivant avec le VIH-Sida. Je travaillais pour ce faire avec les services de santé vietnamiens avec qui les négociations politiques et éthiques allaient bon train (par exemple : sur les critères de sélection des patients pouvant recevoir un nombre limité de médicaments, ou encore sur le droit de parole des associations de patients dans l'élaboration de la politique nationale de soin).

ou encore par l'utilisation de pratiques traditionnelles faisant référence à la « culture » de ces personnes, il s'agissait de proposer, pour les cliniciens avec qui je travaillais, une écoute sous différentes formes, visant toujours à aider à l'élaboration singulière du rapport à soi et aux autres¹. La dimension « culturelle » n'était pas pour autant écartée de nos rencontres mais n'était pas non plus un point de fixation ou d'ancrage. Et bien souvent, les patients, écoutés dans leur singularité, se vivaient alors, parfois pour la première fois, comme reflet de leur propre culture ce qui leur permettait de prendre, simultanément, la distance nécessaire par rapport à cette culture. Il m'apparaissait alors que le sujet étranger pouvait ne pas être réduit à un être privé de son « self » culturel, sans pour autant que nous ayons à produire, à travers la psychothérapie, une codification culturellement prescrite de la souffrance et de l'angoisse. Bien au contraire, le sujet étranger devenait situé comme un être de passage, un être de transition, qui venait chercher une nouvelle possibilité de se saisir de lui-même, de ses liens, de ses capacités à devenir soi-même, au milieu d'autres. Cette universalité de la perception de l'autre, qui nous permet en tant que cliniciens d'apercevoir à la fois une unité humaine du système cognitif et du rapport aux interdits majeurs, tout en soulignant la diversité des expressions et des formes culturelles, est rendue possible grâce à la vision anthropologique où le soi est pensé dans sa confrontation à l'histoire et au politique, une confrontation qui prend « le pas sur le sujet culturel, « culturalisé », réduit au splendide isolement que fabrique un usage réducteur et fétichiste de la notion incertaine de « différence culturelle. » »²

L'anthropologie devient dès lors un moyen pour le psychologue de gagner en singularisation dans la relation d'aide en lui permettant d'augmenter son repérage des différentes ressources et attachements de l'individu. En faisant cela, il norme la relation d'aide en plaçant au centre de l'attention clinique un patient considéré comme sujet d'histoire et de droit. Pour le psychologue de la société (contemporaine) des individus, et comme il est dit plus haut, cela est universalisable et devient la norme. Pour le sociologue, cela constitue une observation dont il reste à tirer les traductions pragmatiques en termes de politique d'injonction à devenir soi.

¹ Ma posture de psychologue clinicien est très fortement inspirée de l'anthropologie clinique, telle qu'elle est conçue et proposée, par exemple, par Olivier DOUVILLE, et de la critique de certaines formes d'ethnopsychiatrie qu'elle véhicule. Cf. pour un développement plus approfondi de l'anthropologie clinique DOUVILLE O., (2004), *op. cit.*, dont nous reprenons à notre compte ici certaines des idées clefs. Cf. aussi le Journal des psychologues n°258, *L'anthropologie clinique*, juin 2008, consacré à ce sujet.

² DOUVILLE O., (2004), *op. cit.*, p. 45.

Au cours de cette expérience professionnelle, je continuais donc à interroger l'implication normative et « affectuelle » de l'intervention psychologique en prise avec le social¹. Autrement dit, et cela conforte en partie ma démarche de problématisation de la recherche, une manière de ne pas psychologiser comme de ne pas sociologiser consiste à interroger les relations complexes qu'entretiennent la psychologie et la sociologie appliquées à l'action publique². Si l'étude de ces relations part d'un vécu sensible lié à la double posture de celui qui les observe, la sortie de cette posture complexe ne peut se faire qu'en prenant successivement l'une ou l'autre posture. Nous ne sommes jamais qu'une seule chose à la fois. Ma perspective, qui est celle de la sociologie de la clinique (comme nous le verrons plus loin), s'inscrit d'avantage dans la tradition complémentariste de DEVEREUX³ que dans la tradition interdisciplinaire de psychologie sociale ou de sociologie clinique. C'est donc dans un rapport de *successivité* (les moments psychologique et sociologique se succèdent les uns et les autres) et non de juxtaposition (traiter sur un même plan les « structures sociales » et le « vécu »), que mes deux postures (et non ma double posture) sociologique et psychologique peuvent interférer dans mes pratiques de chercheur et de clinicien⁴. Cette épreuve de l'interférence, qui constitue pour moi une sorte de thèse dans la thèse, un véritable enjeu en termes de posture professionnelle et de recherche, a été l'objet de vifs échanges avec les chercheurs qui m'ont entouré tout au long de ce travail. Cela a nécessité de resituer en permanence ma posture de recherche et la manière dont elle est interférée par mes autres postures professionnelles, de psychologue ou d'ancien coordinateur de projet psychosocial, et ce à chaque nouvelle entrée sur le terrain d'investigation. J'ai choisi de rendre compte de ce

¹ Cette interrogation a fait l'objet d'une communication : PEGON G., (2005), « Le métissage de la clinique, vers une nouvelle forme d'accompagnement psychosocial de la personne ? », communication au IIème congrès du RESEAU ASIE dans le cadre de l'atelier *Méthodologie de l'approche clinique thérapeutique ou de recherche en Asie. Quels outils ? Quelle pratique ?*, 28, 29, 30 septembre, Centre de conférences internationales, Ministère des Affaires Etrangères, Paris.

² RAVON B., (2008), *op. cit.*, p. 93.

³ Je suis ainsi particulièrement attaché à la posture méthodologique proposée par DEVEREUX qui consiste à dire que l'explication d'un phénomène doit procéder d'une analyse double, mais jamais simultanée, des faits, et d'une manière qui mette bien en évidence la complémentarité des deux points de vue sociologique et psychologique : « Lorsque l'explication sociologique d'un fait est poussée au-delà de certaines limites de « rentabilité », ce qui survient n'est pas une « réduction » du psychologique au sociologique, mais une « disparition » de l'objet même du discours sociologique. » DEVEREUX G., (1985, œuvre originale, 1972), *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris, Flammarion, p. 25. La question que DEVEREUX pose est donc comment prendre successivement deux places différentes (par exemple celle du psychanalyste et celle de l'anthropologue) par rapport à l'objet sans réduire l'une à l'autre et sans les confondre. DEVEREUX G., (1967), *De l'angoisse à la méthode, dans les sciences du comportement*, Paris, Flammarion.

⁴ Nous reprenons ici à notre compte la proposition de Bertrand RAVON qui consiste à dire que la sociologie et la psychologie interfèrent « dans leur immanence pratique et non dans leur positionnement disciplinaire ». RAVON B., (2008), *op. cit.*, p. 93-94.

travail réflexif sur ma posture par une restitution régulière, sous forme d'encadrés, tout au long de cette thèse.

Pour résumer ma posture de recherche, en tant que sociologue, il ne s'agit pas pour moi de défendre la sociologie plutôt que la psychologie, ou encore le management (en tant que coordinateur et gestionnaire de projet). Il s'agirait plutôt de tenter d'élaborer une « sociologie » s'ouvrant à différentes dimensions de l'histoire, une sociologie tissant des liens entre les aspects séparés de la vie, au-delà des oppositions traditionnelles sujet/objet, individu/société.

La question de l'individu en situation de précarité doit être posée dans son processus historique ainsi que celle de son traitement clinique comme production sociale et ce, dans le but d'affiner notre compréhension des possibilités du moment. Là où réside un piège postural en ce qui me concerne c'est qu'aujourd'hui, et c'est une des hypothèses fortes de mon parcours (que je tente de mettre à l'épreuve via ce travail de thèse), les cliniciens, dont je fais partie, semblent s'appuyer sur la démarche ethnographique pour faire de la clinique et ce notamment à travers toute une rhétorique autour de l'attachement, de l'adressage, de l'amarrage, de l'accrochage, etc. Afin d'aller au fond de cette démarche clinique, il m'a semblé qu'il fallait être tout entier sociologue avant de pouvoir redevenir clinicien. Ce faisant, je ne peux pas nier le fait que cette démarche de thèse participe, d'une certaine manière, à ce mouvement de la psychologie vers l'anthropologie, mouvement que j'ai retrouvé sur le terrain de cette recherche et qui du coup m'a positionné en tant qu'observateur (très) impliqué, comme nous le verrons plus loin. Je partage ainsi la posture de recherche qui consiste à dire, avec Gilles HERREROS, que la sociologie doit posséder la propriété d'intervenir en aidant les acteurs à se transformer eux-mêmes¹, et j'ajouterai, à commencer par soi lorsque l'on est soi-même acteur.

¹ HERREROS G., (2008), *Au-delà de la sociologie des organisations, Sciences sociales et intervention*, Ramonville Saint-Agne, Editions Erès.

III. Vers une sociologie des processus d'individuation

Cette thèse de doctorat s'inscrit dans la lignée des analyses sociologiques qui s'intéressent aux transformations de l'individuation. Un certain nombre de ces analyses sont menées, entre autres, depuis de nombreuses années au CRESAL puis aujourd'hui au sein de l'équipe n°3 de la nouvelle unité du CNRS « MODYS », par Jacques ION, Bertrand RAVON et Christian LAVAL¹. Ces études visent à interroger la figure contemporaine de l'individu fragile et cependant acteur de sa propre reconnaissance. Nous allons voir en quoi la sociologie pratiquée dans ce laboratoire m'a été particulièrement utile pour travailler ma méthodologie de recherche face aux enjeux posturaux qui sont les miens (ne pas psychologiser la sociologie, ne pas sociologiser la psychologie).

Contrairement à la sociologie clinique, qui fait des rapports entre le socius et la psyché l'objet principal de ses études, il ne s'agit pas pour nous de chercher à affirmer la notion de *sujet* dans la sociologie (pour, éventuellement, en retour légitimer un éventuel usage psychologique). Nous souhaitons nous différencier de cette sociologie² qui, tout en cadrant les individus comme *sujets*, n'interroge jamais les phénomènes sociaux et normatifs qui relèvent de ce cadrage : « à la recherche d'une meilleure articulation entre le destin singulier et l'histoire sociale, la sociologie clinique qui prend pour objet les romans familiaux (De GAULEJAC, 1999), oublie que les pratiques méthodologiques (le récit de vie), sur lesquelles elle fonde ses connaissances savantes, sont également des pratiques qui visent l'émancipation du *sujet*, pratiques socialement et historiquement situées. »³ Ainsi, la sociologie clinique ne pense pas son inscription historique en tant que discipline, aux deux sens foucauldien du terme, comme dispositif scientifique et comme dispositif de subjectivation⁴.

Alors que pour la sociologie clinique, l'objet de la clinique est l'objet de la psychologie par excellence (l'individu), pour nous, l'objet de la clinique c'est le social (clinique du social). Autrement dit, penser les technologies de la clinique contemporaine comme l'usage d'une

¹ Cf. par exemple : ION J., « Individualisation et engagements publics », dans CORCUFF P., ION J., DE SINGLY F., (2005), *op. cit.*, p. 88-112 ; RAVON B., « Vers une clinique du social ? », dans SOULET M.H.(coord.), (2006), *La souffrance sociale, nouveau malaise dans la civilisation ?*, coll. Res Socialis, Editions Universitaires Fribourg Suisse ; ION J., LAVAL C., RAVON B., (2007), *op. cit.*, p. 157-168.

² De GAULEJAC V., (1999), *L'histoire en héritage*, Paris, Desclée de Brouwer et De GAULEJAC V., (2005), *La société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement moral*, Paris, Seuil.

³ RAVON B., « Vers une clinique du lien défait ? », dans ION J., et al, (2005), *op. cit.*, Paris, Dunod, p. 32.

⁴ FOUCAULT M., (2001), *L'herméneutique du sujet*, Paris, Gallimard/Le Seuil.

psychologie appliquée au social, nous permet de sortir d'un psychologisme d'intervention qui serait porté uniquement sur le *sujet*.

Dans la perspective d'une telle sociologie, il pourrait nous être fait la remarque que nous tentons de sociologiser la clinique. Il serait en effet facile de tomber, à l'inverse, dans le piège d'une sociologisation de la clinique au nom de la prise en compte du caractère social et historique des dispositifs psychologiques. Les lectures (critiques) d'ouvrages de sociologie critique des projets et dispositifs de développement de l'action psychologique et sociale¹, nous ont évité de tomber dans une posture qualifiée essentiellement par une asymétrie imposée de fait entre sociologues et psychologues. Il ne s'agit pas pour nous, dans cette recherche, de devenir un sociologue critique qui pense la psychologie en dénonçant, par exemple les nouveaux dispositifs de type clinique comme un avatar de la psychologisation des rapports sociaux². A notre sens, ces dispositifs produisent autant de liens sociaux que de sujets³. Tout du moins, ces productions nous semblent simultanées. Dans la mesure où, comme nous l'avons vu plus haut, le chercheur ne peut pas suivre cette simultanéité, ce qui lui ferait prendre une double casquette de psychologue et de sociologue (voire une triple si on rajoute celle qui critique les deux premières), et si le sociologue souhaite, tout de même, dégager un phénomène social de ce double mouvement (de psychologisation et/ou de sociologisation), il ne peut le faire que dans l'alternance. Tel est le prix d'une vision transversale qui ne subordonne pas la lecture d'un objet à un autre.

Pour ce qui est de cette recherche, notre méthodologie s'inscrit donc dans celle proposée par notre équipe de recherche, qui tend plus vers une sociologisation et une historicisation de la psychologie. Nous avons accepté de jouer le jeu de cette sociologie car, comme nous allons le voir, elle propose, « contre les discours qui déplorent l'inertie de la société civile, la montée de l'individualisme ou le déclin des institutions (DUBET, 2002)⁴, de s'attacher plus particulièrement à la reconfiguration et à la reformulation des espaces et des temps de l'action

¹ Cf. la notion de « psychologisme » de Robert CASTEL (1973). Cf. également Jean-Baptiste POMMIER qui dénonce l'« inflation du registre psychologique » (« Quand les « aidants » demandent de l'aide : soutien aux intervenants ou soutien à la relation ? », dans ION J. et al., (2005), p. 161-197), ou encore Didier FASSIN (2004), qui souligne la « sanitarisation » du social (dans *Des Maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*, Paris, Editions La Découverte).

² Tel est l'argument de l'ouvrage collectif dirigé par Didier FASSIN, (2004), *op. cit.*

³ Nous rejoignons ici la posture d'Emilie HERMANT (2004), « un peu » psychologue, « beaucoup » latourienne.

⁴ Dans cette perspective, nous nous joignons à la démarche proposée par Bertrand RAVON : « Plutôt que de partir des contraintes et des rapports de domination qui pèsent sur ces acteurs, on décrira au contraire les compétences critiques et les capacités réflexives qui les conduisent régulièrement à dénoncer les injustices, à critiquer les institutions et à mettre en place de nouvelles actions. » RAVON B., (2008), *op. cit.*, p. 10.

– aussi bien individuelle que collective – lorsqu’elle doit intégrer la contrainte de l’existence d’individus singuliers irréductibles à leurs statuts institutionnels »¹. Ce qui nous intéresse, c’est qu’elle porte une attention particulière aux réseaux d’attachements² reliant les agents entre eux et aux problèmes (tant du côté de l’institution que de celui des personnes) qui les mobilisent. Pour travailler la question de ces réseaux, et tout en cherchant à éviter les impasses posturales de la sociologie clinique autant que ceux de la sociologie critique, nous avons alors également repris à notre compte la démarche proposée par Luc BOLTANSKI³ qui propose d’opérer un passage de la sociologie critique à la sociologie *de* la critique, pour nous inscrire dans le champ de la sociologie *de* la clinique⁴.

Sociologie de la clinique du social

D’après FOUCAULT dans *La naissance de la clinique*, le regard clinique s’origine dans la vision à partir de la dissection des cadavres. Etre clinicien, c’était à l’époque se pencher sur les cadavres pour en repérer les dysfonctionnements. FOUCAULT considérait que l’expérience de la clinique correspond à un âge de la connaissance où l’on peut enfin tenir sur l’individu un discours à structure scientifique⁵. La *sociologie de la clinique du social* considère la clinique comme une « technologie psychologique », c'est-à-dire une technologie en capacité de fournir un discours sur les processus de subjectivation contemporains.

Dans la mesure où, comme nous l’avons vu plus haut, il semble s’agir aujourd’hui pour les cliniciens de la précarité d’écouter une « souffrance psychique » incapacitante généralement non pathologique d’origine sociale⁶, la clinique ne consiste plus tant à regarder qu’à écouter. Ecouter cette souffrance consiste alors à la fois à écouter les fragilités qui émergent du/dans le social (question de la structure du social en crise), et à écouter les expériences sociales négatives qui en découlent (question des épreuves individuelles de la vie sociale)⁷. Etre clinicien du social consiste dès lors simultanément à pencher son oreille sur les affects de l’autre, et de mettre en œuvre un travail de réflexivité. Il s’agit pour le clinicien (qu’il soit travailleur social, psychiatre, psychologue, infirmier) non seulement d’écouter l’autre et ses

¹ Extrait de l’argumentaire du séminaire de recherche MODYS 3, « Action publique et processus d’individuation », auquel nous avons participé tout au long de ce travail.

² LATOUR B., dans MICOUD A., PERONI M., (2000), *op. cit.*, p. 189-207.

³ BOLTANSKI L., (1990), *L’Amour et la justice comme compétences. Trois essais de sociologie de l’action*, Paris, Métailié.

⁴ RAVON B., « Vers une clinique du lien défectueux ? », dans ION J., et al, (2005), *op. cit.*, p. 25-58.

⁵ FOUCAULT M., (1963), *La naissance de la clinique*, Paris, PUF, p.X.

⁶ FURTOS J., (2000 a, b), *op. cit.*

⁷ RAVON B., (2008), *op. cit.*, p. 89.

affects mais aussi de partir de ce que cet autre fait vivre en lui. Les cliniciens travaillent ainsi leurs propres capacités à être affectés par l'autre (les *psy* parlent ici de contre-transfert). Confrontés à leur propre traitement des affects, ils donnent à voir au sociologue, la manière dont ils apprivoisent la problématique qu'il leur est donnée à entendre, comment ils s'apprivoisent eux-mêmes à travers cette problématique, et comment, ce faisant, ils tentent de maintenir une certaine forme d'« agissabilité »¹ afin, comme le dirait Anthony GIDDENS, de parvenir à agencer leurs actions de manière plus autonome². Si comme le souligne Danilo MARTUCCELLI, « la subjectivité se constitue justement non dans l'action elle-même, mais dans le commentaire plus ou moins engagé qui la suit ou l'accompagne »³, en prenant pour objet les éléments de cadrage et de réflexivité de cette clinique contemporaine, nous devrions obtenir des connaissances sur la manière dont se construit, se tisse la subjectivité aujourd'hui. La *sociologie de la clinique du social* se fonde sur l'hypothèse générale que « lorsque les collectifs de l'action publique se constituent autour de l'identification personnalisée de « maux », le traitement public des problèmes [...] ne s'appuie pas sur des principes normatifs prédéfinis et extérieurs à la situation (principes retenus au nom des convictions partagées ou des appartenances communes), mais bien sur des descriptions élaborées dans la situation d'intervention elle-même et à partir des plaintes des personnes souffrantes ou se considérant comme telles. »⁴ En prenant en compte en premier lieu les caractéristiques de la question sociale actuelle (comme on le verra, par exemple, à travers le passage du traitement de l'exclusion à celui de la précarité) à partir des transformations des modes de subjectivation des « plaintes » individuelles, l'originalité de cette sociologie, dans la continuité des travaux de FOUCAULT, tient pour partie dans le fait qu'elle considère les expériences sociales négatives que vivent les individus non pas à partir des causes - la désaffiliation, la désocialisation que vivent les individus - mais à partir des conséquences - en termes de processus d'individuation, c'est à dire à partir des effets réels produits (en termes de subjectivation) sur les individus, en situation de traitement.

¹ FRANGUIADAKIS S., « Aux bords de la rupture ou « faire face » sans s'en sortir... à propos d'une association de réduction de risques auprès de personnes toxicomanes » dans CHATEL V., SOULET M.-H., (2002), *Faire face et s'en sortir*, Fribourg, Editions Universitaires Fribourg Suisse, p. 53-60.
CHATEL V., SOULET M.-H., (2003), *Agir en situation de vulnérabilité*, Sainte-Foy, Québec, Presses de l'université de Laval.

² GIDDENS A., (1991), *op. cit.*

³ MARTUCCELLI D., (2002), *op. cit.*, p. 521.

⁴ RAVON B., (2008), *op. cit.*, p. 32-33.

Sociologie de l'engagement et des cadres de l'action

Nous nous sommes également intéressés aux différents travaux ouverts par certains psychologues dont l'analyse sociologique est particulièrement aiguisée¹, ainsi que de nombreux sociologues, sensibles à la « posture clinique », appartenant au CRESAL (plus particulièrement ceux de Jacques ION, Bertrand RAVON, Christian LAVAL et Pascale PICHON), autour des mutations du travail social et des transformations de la relation d'aide. Ces travaux mettent notamment en évidence que les cliniciens constituent aujourd'hui autrui en « personne ». Ce faisant, cette personnalisation de l'individu reposerait à la fois sur les types d'engagement clinique dans la relation d'aide (engagement bénévole, associatif, caritatif, intellectuel) et sur un certain nombre de supports d'attachement (qu'il reste à rendre visibles) travaillés dans la relation d'aide.

L'engagement des acteurs se donne à voir d'une part à partir des charges critiques portées par ceux qui se trouvent « au front de » (du travail social), d'autre part à partir des cadres (dispositifs et/ou institutionnels) par lesquels les acteurs s'attachent aux individus en souffrance. Interroger l'engagement des acteurs d'un dispositif ne vise pas seulement pour nous à comprendre le pourquoi (les objectifs affichés de l'action, la visée poursuivie), il s'agit de partir également du comment, c'est-à-dire de l'observation du fonctionnement détaillé du (ou des) groupement(s) et des façons dont les individus y agissent². C'est la raison pour laquelle nous avons choisi de prêter tout particulièrement attention aux modalités concrètes des pratiques d'association dans ce groupement (lieux, heures de réunion, traces écrites, processus et signaux d'entrée et de sortie du collectif, signes d'appartenance, prises de parole, formes de représentation, etc.), et le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques ou, comme le dirait Jacques ION, « ce que les acteurs disent des processus par lesquels ils s'associent avec d'autres, focalisant ainsi le regard sur les rapports que les individus entretiennent et disent entretenir avec les collectifs dont ils font partie »³.

Sociologie de l'attachement et des réseaux

A cette sociologie de l'engagement et des cadres de l'action, nous ajoutons une sociologie de l'attachement et des réseaux avec le souci d'observer les collectifs d'intervenants en

¹ Cf. par exemple la finesse des descriptions ethnographiques et des récits d'expérience clinique présents dans l'ouvrage d'Emilie HERMANT, (2004), *op. cit.*

² ION J., (2001), *L'engagement au pluriel*, Publications de l'Université de Saint-Etienne.

³ *Ibid*, p. 15

construction : comment ces collectifs s'attachent-ils autour d'une problématique commune (ici la précarité) ? Cela nous a alors amené à nous tourner vers la sociologie des modes de coordination entre professionnels dans le domaine de la prise en charge des troubles psychiques¹. Si à ce niveau-là, nous rejoignons le constat effectué par les sociologues critiques concernant la multiplication et la territorialisation de politiques transversales (via notamment les cahiers des charges des dispositifs-réseaux qui relèvent de plus en plus d'impératifs catégoriels propres à la nouvelle gouvernance et à l'action publique²), le discours managérial et les logiques gestionnaires devenant la norme du « bon » encadrement³ reste cependant peu connu quant à leurs effets sur les transformations des pratiques des cliniciens « encadrés », tant sur leurs identités professionnelles que sur ce qui se joue dans la relation d'aide. A travers les nouvelles pratiques de santé mentale au front de la précarité, allons-nous vers une disparition totale de l'Etat gestionnaire des risques ou vers l'émergence d'une nouvelle logique de solidarité ?

Sociologie de la clinique de l'injustice

Enfin, parce que notre confrontation à ces différents éléments de cadrage et de réflexivité nous a amenés à penser que cette clinique constituait une nouvelle forme de lutte contre les injustices sociales, ou, autrement dit, comment l'attachement à la souffrance de l'autre permettait aux acteurs de se (ré-)engager dans le politique, nous nous sommes tournés vers les auteurs traitant des questions de justice sociale⁴, de quête de reconnaissance⁵ et d'expérience de l'injustice⁶.

Lorsqu'il analyse la personne en situation (à son chevet), le clinicien s'intéresse à la maladie (ou à la pathologie), lorsqu'il analyse la personne totale en situation d'injustice sociale, le clinicien de la précarité analyse le social défaillant, autrement dit le contexte social des troubles psychiques⁷. La clinique du social devient alors une « clinique de l'injustice » qui

¹ Par exemple les travaux de Lise DEMAILLY, (2005) et (1998), « La restructuration des rapports de travail dans les métiers relationnels », *Travail et emploi*, n°76, p. 3-4.. ; ou encore les travaux de Nicolas HENCKES, (2002), « Innovations organisationnelles et impératifs gestionnaires dans la sectorisation psychiatrique : l'organisation sociale de la psychiatrie dans un département français » (CERMES), Projet de recherche MiRe /DREES.

² FRANSSSEN A., et al, (2007), *op. cit.*, p. 85-108.

³ CHERONNET H., « Les savoirs et les référentiels professionnels des cadres du secteur de l'éducation spécialisée : quand l'aide à la personne s'individualise sous l'impact des politiques sociales », dans BRESSON M., (2006), *op. cit.*, p. 207-226.

⁴ FRASER N., (2005), *Qu'est-ce que la justice sociale ? Reconnaissance et redistribution*, Paris, La découverte.

⁵ CAILLE A. (dir), (2007), *La quête de reconnaissance. Nouveau phénomène social total*, Paris, La découverte.

⁶ RENAULT E., (2004), *L'expérience de l'injustice*, Paris, La découverte.

⁷ RAVON B., (2008), *op. cit.*, p. 34, reprenant Emmanuel RENAULT (2004), *op. cit.*

consiste à partir du « sentiment d'injustice de ceux qui subissent l'ordre social » pour, « à leur chevet, tenter de réélaborer les conceptions courantes de la justice par l'étude de plaintes et de comportements ». La « clinique de l'injustice traitera ces plaintes et ces comportements comme des symptômes : elle cherchera, en eux, les caractéristiques spécifiques de l'injustice subie »¹. Parce que les conditions de visibilisation de la précarité comme autant d'injustices sociales constituent une voie privilégiée d'accès à la critique sociale, l'étude du traitement clinique de la précarité est intéressant pour nous, en tant que sociologue. Il permet d'articuler le savoir technico-clinique - quels sont les types d'atteintes liées à la précarité élaborés par les cliniciens ?- et le savoir sociocritique - quels sont les types d'injustices subies identifiées par les cliniciens ?- à l'œuvre dans toute problématisation des infortunes de la société. Et c'est bien cette articulation entre clinique et critique sociale, opérée par les cliniciens eux-mêmes, qui nous permet d'étayer nos analyses de la clinique en cherchant à en comprendre les conséquences problématiques en termes de processus d'individuation.

IV. Le dispositif méthodologique : microsociologie et ethnographie combinatoire

De la psychologie clinique à l'anthropologie dans la clinique, de l'anthropologie de l'action publique à la sociologie de la clinique, ces changements de regard sont le produit de l'évolution de ma posture de recherche mais pas seulement.

Comme le souligne Jean-François ORIANNE², faire de la recherche, écrire une thèse de sociologie et d'anthropologie, n'est pas qu'une « petite affaire privée ». Il s'agit au contraire d'une activité collective, d'un engagement³, où le sujet se positionne à travers tout un ensemble d'« agencements collectifs d'énonciation »⁴. DELEUZE et GUATTARI diraient qu'écrire, c'est l'affaire du peuple, d'une « meute », et non la petite histoire privée d'un individu. Même si la solitude ou l'isolement composent indéniablement le « métier » de chercheur en sociologie, la réalité de sa pratique donne à voir un travail exclusivement relationnel : (1) comme nous l'avons vu plus haut les objets de la recherche sont des sujets (les cliniciens) ; (2) le chercheur travaille toujours en équipe ou, tout du moins, il est intégré dans une équipe (un laboratoire, un réseau de chercheurs/doctorants) ; (3) le chercheur

¹ RENAULT E., (2004), *op. cit.*, p. 24-25.

² ORIANNE J.-F., (2005), *op. cit.*, p. 159.

³ BECKER H.-S., (2002), *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*, Paris, Editions La Découverte.

⁴ DELEUZE G., GUATTARI F., (1975), *Kafka, pour une littérature mineure*, Paris, Les Editions de Minuit, p. 33.

entretient une relation à la « littérature scientifique » qui l’engage dans des collectifs, des alliances, qui le dépassent bien souvent largement. Comme le souligne DELEUZE, l’acte d’écriture, avant d’être orienté vers autrui (écrire pour), est toujours le résultat d’une relation à autrui (écrire avec) : en ce sens, cette thèse n’est pas écrite à l’intention des chercheurs en sociologie, des personnes en situation de précarité, ou des cliniciens de la précarité, elle est écrite avec eux. Aussi, afin de rendre compte de cette réalité collective de l’écriture, nous avons choisi dans cette thèse, l’utilisation du « nous » plutôt que celle du « je » (si ce n’est lorsque je parle de ma posture où c’est bien moi qui parle). Ce « nous », qui n’a donc rien à voir avec le nous « majestatif », est donc celui de la rencontre entre l’entreprise collective et la « petite affaire privée ». Comme le montre William FOOT WHYTE, le « compte-rendu de la vie du chercheur dans la communauté peut (...) contribuer à expliquer le processus d’analyse des données »¹.

Une investigation microsociologique

Le travail de terrain a consisté d’abord à nous approprier les concepts et les méthodes des cliniciens de la précarité puis à suivre les acteurs dans leurs réunions, leurs interventions et leurs réflexions. Notre approche du terrain a été de mettre en œuvre une microsociologie, inspirée de celle proposée par GOFFMAN lorsqu’il analyse les cadres de l’expérience². Un cadre d’expérience est compris comme « un dispositif cognitif et pratique d’attribution de sens, qui régit l’interprétation d’une situation et l’engagement dans cette situation, qu’il s’agisse du rapport à autrui ou à l’action elle-même »³.

Nous avons articulé cette microsociologie à l’histoire dans laquelle l’action prenait sens, à sa généalogie : « le présent porte une charge, un poids qui vient du passé, et qu’il faut réactualiser aujourd’hui pour comprendre ses enjeux actuels. Analyser une pratique contemporaine, c’est la saisir à partir du socle historique qui l’a constituée ; c’est s’efforcer de comprendre sa structure actuelle à partir de ses transformations antérieures. Le passé ne se répète pas dans le présent, mais le présent joue, et invente, à partir du legs du passé. »⁴

Notre méthode repose en définitive sur trois formes d’observation :

¹ WHYTE W.F., (1996), *Street corner society. La structure sociale d’un quartier italo-américain*, Préface de Henri PERETZ, Paris, Editions La Découverte, p. 307-308.

² GOFFMAN E., (1991), *Les cadres de l’expérience*, Paris, Les Editions de Minuit.

³ JOSEPH I., (1998), *Erving Goffman et la microsociologie*, Paris, PUF, p. 123.

⁴ CASTEL R., (1994), « La notion de problématisation comme mode de lecture de l’histoire », ronéoté, cité par RAVON B., (2008), *op. cit.*, p. 28.

- (1) la lecture de l'ensemble des « corpus doctrinaux de référence » ;
- (2) le suivi des acteurs ;
- (3) la réalisation d'entretiens.

(1) la lecture de l'ensemble des « corpus doctrinaux de référence »¹ autour desquels les différents protagonistes du CSMP s'entendent et s'engagent : tout ce à quoi les cliniciens sont attachés (archives de comptes-rendus de réunion, projets de service, ouvrages et articles théoriques de référence, textes de loi et règlements, rapports de l'action publique, journal de l'établissement). Cette lecture concerne 292 documents².

Concernant plus particulièrement les 135 comptes-rendus de réunion du CSMP (de 2000 à 2007), nous avons réalisé systématiquement les analyses suivantes : suivi des participations aux différentes réunions : nous avons pu ainsi identifier sur une longue période les personnes les plus actives ainsi que celles qui jouent un rôle central dans la coordination entre les différentes instances ; analyse des thèmes abordés au cours des différentes réunions : la liste de ces thèmes a été construite par itérations successives, l'ensemble de ces comptes-rendus ayant été retranscrit sur une frise reprenant les principales activités abordées ; analyses de contenu, comme par exemple l'occurrence de certaines activités qui permettent de préciser à quel moment des thèmes d'élaboration du dispositif ou des questions techniques sont apparus.

Ces différents traitements restent cependant partiels, la richesse de ces comptes-rendus aurait pu nous conduire à effectuer une analyse de contenu par traitement de texte ou autres, mais nous nous sommes contentés de réaliser ceux qui nous apparaissaient les plus pertinents afin de répondre aux questions que nous nous posions. Nous avons plutôt privilégié la solution consistant à recourir aux témoignages oraux pour recouper, compléter et éclairer les corpus doctrinaux de référence. Ces formes de recueil de données sont complémentaires dans la mesure où les entretiens sont relatifs à la mémoire des personnes avec tout ce que celle-ci comporte de sélectivité et de partialité. Les acteurs interviewés reconstruisent leur histoire en la racontant en fonction de leurs valeurs et de leurs intérêts. A l'inverse, les corpus doctrinaux de référence permettent de retracer l'histoire au rythme de leurs éditions dans une temporalité beaucoup plus en proximité avec les événements qu'ils reconstruisent. L'oubli et la

¹ DONZELOT J., MEVEL C., WYVEKENS A., (2003), *Faire société. La politique de la ville aux Etats-Unis et en France*, Paris, Le Seuil, p. 248.

² L'ensemble des corpus doctrinaux de référence étudiés est récapitulé dans un tableau placé dans les annexes de l'introduction.

rationalisation postérieurs sont moindres et surtout, ils donnent à voir la manière dont les acteurs argumentent, se justifient, débattent, inventent des procédures et processus que nous avons placés au centre de notre travail. Ces traces ne sont pas pour autant totalement neutres et innocentes. Un compte-rendu de réunion remplit des fonctions, notamment de contrôle d'activités, qu'il faut avoir présentes à l'esprit. De plus, ces documents ne rendent souvent pas, ou peu compte des relations informelles qui se trament dans l'action et qui y jouent un rôle très important, même si parfois nous pouvons lire entre les lignes.

Enfin, une autre limite à cette exploration des comptes-rendus se situe dans la qualité des fonds à disposition. Si nous avons pu consulter la totalité des comptes-rendus de réunions des différentes instances du CSMP (réunions bureau et plénière) depuis leurs entrées en fonction (janvier 2000), les comptes-rendus de ces réunions n'ont pas été systématiquement rédigés, notamment au début du dispositif.

(2) le suivi des acteurs (119 temps d'observations impliquées¹) : cela a consisté à suivre successivement, le responsable du dispositif, Mr TABARY, à chaque fois que nous le pouvions sur l'ensemble de ses interventions dans le département de l'Ain, puis plusieurs cliniciens du CSMP dans leurs interventions plus ponctuelles auprès des travailleurs sociaux, et enfin différents professionnels de la psychiatrie et du travail social en lien avec le CSMP. A travers le suivi des acteurs, il s'agit pour nous d'envisager l'observation des gens *in situ*, c'est-à-dire « de les rencontrer là où ils se trouvent, de rester en leur compagnie en jouant le rôle qui, acceptable pour eux, permet d'observer de près certains de leurs comportements et d'en donner une description qui soit utile pour les sciences sociales tout en ne faisant pas de tort à ceux que l'on observe »².

Notre positionnement ne s'est cependant pas arrêté à observer et à rédiger des comptes-rendus (qui constituent les deux premières phases de l'apprentissage du travail de terrain selon Everett C. HUGHES). Ce dernier³ attire l'attention des chercheurs sur la tension qui existe entre le rôle de membre (qui participe) et celui d'étranger (qui observe et qui rend compte). S'il est impossible d'être psychologue et sociologue en même temps, il est également impossible de rendre simultanées l'observation et la participation. C'est la raison pour laquelle nous avons choisi d'adopter la posture dite d'observation impliquée, qui permet à la

¹ Cf. annexes de l'introduction - Tableau récapitulatif des observations impliquées effectuées.

² HUGHES E.-C., (1996), *Le regard sociologique. Essais choisis*, Textes rassemblés et présentés par Jean-Michel CHAPOULIE, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.

³ *Ibid*, p. 275.

fois l'engagement du chercheur, son implication dans une participation immédiate, et la prise de distance nécessaire au travail de réflexivité. Parce que, comme nous l'avons vu plus haut, « nous ne sommes jamais des témoins objectifs observant des objets, mais des sujets observant d'autres sujets au sein d'une expérience dans laquelle l'observateur est lui-même observé »¹, nous suivons ELIAS qui propose d'utiliser « les concepts d' « engagé » et de « distancié » à d'autres plus courants – comme ceux de « subjectif » et d' « objectif » - qui, pour nous, entretiennent l'illusion d'un abîme statique et infranchissable entre deux entités différentes, le « sujet » et l' « objet ». »²

En participant, de manière quasi systématique, aux réunions, colloques, temps de formation et lorsque cela était possible aux moments thérapeutiques des cliniciens du CSMP, notre posture de recherche relève de la sociologie *impliquée* et d'une volonté de recherche de réponses pratiques et théoriques, solides et démocratiques, aux problèmes qui se déclinent pour les acteurs observés (précarité, désaffiliation, rupture des liens, souffrance psychique). Comme le souligne Bertrand RAVON, « plutôt que de construire ces problèmes dans un bel ordonnancement sociologique, cette sociologie se déplace pour analyser les activités (ainsi que leurs caractéristiques morphologiques et doctrinales les plus saillantes), activités qui sont les mieux placées pratiquement pour envisager, théoriser et tenter de réduire ces problèmes. »³

L'intérêt de ces observations impliquées a résidé dans le fait de nous positionner en tant qu'ethnologue indigène, ressource tactique pour pouvoir interagir en situation avec les cliniciens observés. Il ne s'agit pas, en effet, pour moi de nier ma formation de psychologue clinicien, je partage avec les cliniciens observés la même communauté d'expérience. Ma posture impliquée rejoint donc un peu celle de ANDERSON lorsqu'il se proposa d'étudier les hobos⁴. Il ne s'agit pas d'une observation participante, ce qui supposerait la mise en place d'un dispositif, parfois sophistiqué, pour « se faire accepter » par le groupe étudié nous précise ANDERSON. Il s'agit plutôt d'accepter ma posture d'ethnologue indigène avec les

¹ LAPLANTINE F., (1996), *La description ethnographique*, Paris, Nathan, p. 21.

² ELIAS N., (1993), *op. cit.*, p. 63.

³ RAVON B., dans ION J. et al., (2005), *op. cit.*, p. 33.

⁴ « ... Encore fallait-il être capable d'entrer en contact avec les individus, de susciter leur parole, de les pousser à évoquer leur histoire : c'est ici que l'on devine à quel point l'appartenance intime d'Anderson à la population hobo dut lui faciliter la tâche. Il put... puiser dans sa connaissance des expériences vécues pour inventer des tactiques de relations et d'interview. » ANDERSON N., (1993), *Le hobo*, présentation d'Oliver SCHWARTZ, Nathan, p. 13-14.

limites évoquées plus haut (notamment de non simultanée) et les difficultés qu'elles engendrent¹.

(3) la réalisation d'entretiens (31 entretiens auprès de 32 professionnels²) avec les différents acteurs impliqués dans l'histoire et la construction de la démarche clinique du CSMP (responsable, fondateurs du dispositif, membres du bureau, chercheurs ayant joué un rôle important dans l'histoire du dispositif). Pour réaliser les entretiens, nous avons travaillé avec deux guides : un en direction des professionnels de terrain des structures sanitaires et sociales, et l'autre en direction des coordinateurs et inspecteurs DRASS/DDASS, directeurs d'institutions sanitaires et sociales (CMP, CHRS, foyers sociaux), membres du bureau du CSMP. L'intérêt de ces entretiens, pour deux populations différentes, a été de mettre en œuvre une démarche comparative à partir des places de chacun (en fonction des perceptions qu'ils pouvaient avoir des usagers/bénéficiaires/patients et de leur(s) problématique(s), de l'histoire du projet/de l'établissement/de l'association, du fonctionnement actuel du projet/de l'établissement/de l'association, de la trajectoire professionnelle et de la place du professionnel dans la structure, de la situation du réseau santé mentale précarité au regard de leur pratique professionnelle, des stratégies mises en œuvre dans leur pratique de clinicien et/ou de travailleur social, et des transformations de leur pratique engendrées par le réseau³). Les comparaisons issues de l'analyse des entretiens nous ont permis d'établir des ponts entre différents couples de savoirs qui traditionnellement s'opposent : savoirs profanes/savoirs savants, savoirs locaux/savoirs institués, savoirs expérimentaux/savoirs académiques, savoirs

¹ Je partage ainsi complètement cette observation d'Abdelkader BELBAHRI : « L'ethnologue indigène est un observateur qui n'est pas perçu comme totalement étranger aux groupes étudiés et, inversement, lui-même est partagé entre l'identification au milieu et au monde intellectuel et professionnel auquel il appartient. On pourrait arguer que c'est un peu un « traître » en gestation. Son statut est en fait beaucoup plus problématique. Vis-à-vis de ses pairs, il pense qu'il doit se soumettre au respect d'un minimum de règles nécessaires à un travail scientifique, et qu'il est tenu de faire preuve d'un surplus de légitimation pour tenir son rôle dans le milieu académique. Il est dans la même situation que ce reclus décrit par Goffman, qui se met à pratiquer un sport de manière intensive et obsessionnelle pour prouver qu'il obéit à la lettre aux règlements de l'institution et qu'il ne ressemble aucunement aux autres reclus. Cette attitude est décrite par l'auteur d'*Asiles* comme un phénomène de suradaptation. Ce type de sociologue a une grande familiarité avec son milieu. Cette grande proximité, qui généralement est un handicap pour un chercheur, peut être transformée en ressources par l'ethnologue indigène, à condition qu'il sache adopter un mode d'échange souple. Cette méthode de travail lui est permise précisément par sa grande insertion dans le milieu. » BELBAHRI A., « Figures du militantisme Beur », dans ION J., (2001), *op. cit.*, p. 93.

² Cf. annexes de l'introduction - Tableau récapitulatif des entretiens menés et guides d'entretien.

³ Ces guides ont été placés dans les annexes de l'introduction.

spécialisés/savoirs universels, ou pour reprendre les catégories de Michel CALLON, « recherche de plein air »/« recherche confinée »¹.

Une analyse combinatoire

Les observations exploratoires qui ont été faites pendant les premiers mois de thèse nous ont assez rapidement conduits à constater que le travail des cliniciens rencontrés devait être envisagé comme l'articulation d'un double travail ; un travail « au front » et un travail « réflexif ». Le travail « au front » correspond à l'activité principale des cliniciens, il s'agit du travail « en première ligne » avec les usagers, les patients, les bénéficiaires ou les résidents². Le travail « réflexif » correspond à l'élaboration, souvent collective, de l'activité « au front » ; il peut s'agir de l'élaboration des savoirs, de l'organisation des activités, de la construction des outils de travail, d'une distanciation réflexive sur la pratique... Si ces observations ne possèdent en elles-mêmes rien de bien nouveau, elles nous ont permis de faire l'hypothèse que si nous voulons comprendre le travail « au front » des agents, nous devons interroger le cadrage de ces activités à la fois au niveau de leurs modalités concrètes d'intervention et au niveau de leur organisation. Pour ce faire, il nous fallait également trouver une méthode d'analyse permettant de croiser différentes données issues d'analyse historique, ethnographique et morphologique.

Les références choisies pour collecter et interpréter « le » terrain ont alors été saisies « ni comme un « tout » qu'il s'agirait de découvrir (ethnologie intégrative), ni comme la configuration narrative d'un soi dans le cadre d'une histoire singulière (ethnographie narrative), mais comme une collection hétéroclite de ressources entre lesquelles les individus doivent se déplacer. »³ Nous avons choisi l'approche ethnographique proposée par Nicolas DODIER et Isabelle BASZINGER, qu'ils appellent *ethnographie combinatoire* car cette approche permet en circulant sur le(s) terrain(s) de réunir « une jurisprudence de cas propre à identifier les différentes formes d'action dans lesquelles les personnes peuvent s'engager, ainsi que leurs combinaisons possibles »⁴. Aborder les cliniciens sous l'angle de l'altérité

¹ CALLON M., LASCOUMES P., BARTHE Y., (2001) *Agir dans un monde incertain, Essai sur la démocratie technique*, Paris, Editions du Seuil.

² Comme le souligne Jacques ION, le front de l'action est l'un de « ces espaces spécifiques où s'applique de façon dominante le discours sur la déliaison [...] et en cela espaces privilégiés d'observation de ces tentatives où s'expérimente en quelque sorte du « refaire société » » ION J., « Faire du social sans social ? » dans MICOUD A., PERONI M., (2000), *op. cit.*, p. 34.

³ DODIER N., BASZINGER I., « Totalisation et altérité dans l'enquête ethnographique » dans *La revue Française de sociologie*, n° 1, vol. 38, 1997, p. 49.

⁴ *Ibid*, p. 38

pragmatique permet de dégager un espace d'enquêtes et d'interprétations dans lequel ils sont saisis « dans le cours concret de leurs activités, autrement que sous l'angle de leur appartenance à une entité collective ou, plus largement, d'une position acquise dans un espace social déjà constitué [...] [ce qui] implique que l'on ne suppose pas, *a priori*, ces positions, ou ces appartenances, comme les éléments systématiquement pertinents pour prendre la mesure des possibilités d'agir inventoriées lors des observations ethnographiques. »¹

Dans cette perspective, notre recours à l'enquête ethnographique vise à donner à voir, de manière inductive, la dynamique des activités concrètes des cliniciens dans le cadre de références normatives complexes, situationnelles et non unifiées. Les trois parties de la thèse comprennent chacune un certain nombre de monographies² donnant à voir les activités concrètes, et leurs modalités de cadrage, des cliniciens de la précarité. Ces monographies ne sont pas isolables entre elles. L'ethnographie combinatoire que nous avons mise en œuvre se donne à voir à travers une analyse progressive de ces monographies, analyse qui prend donc sens au fur et à mesure du travail de recherche.

Plan de travail

La première partie de thèse est une description morphologique consacrée à la généalogie et à l'ethnographie du dispositif CSMP. Par quels processus socio-historiques la psychiatrie et le travail social, mobilisés à nouveaux frais dans le traitement de l'exclusion sociale, se sont-ils reconfigurés dans ce nouveau dispositif apparu au cours de la dernière décennie ? Comment se sont déployés les cadres organisationnels (institutionnels, réglementaires) et interventionnels (les activités cliniques, leurs objets et acteurs) de la démarche clinique du CSMP ?

La deuxième partie s'attache à comprendre l'expérience clinique des intervenants sanitaires et sociaux au front de la précarité. Quelles atteintes identifient-ils chez les personnes en situation de précarité ? Comment ces atteintes mobilisent-elles les intervenants ? Et, en retour, comment les intervenants accompagnent-ils les personnes en situation de précarité ? Cette seconde partie est consacrée aux processus d'étayage (les supports cliniques relevant de la

¹ *Ibid*, p.60-61.

² Par monographie, nous entendons une enquête ou une étude « approfondie limitée à un fait social particulier et fondée sur une observation directe qui, mettant en contact avec les faits concrets, participe de l'expérience vécue et relève de la sociologie compréhensive » Trésor de la langue française (<http://atilf.atilf.fr>). Cf. également KAUFMANN J.-C., (1996), *L'entretien compréhensif*, Paris, Ed. Nathan Université.

santé mentale) du parcours sanitaire et social des personnes en situation de précarité ainsi que les formes de justice sociale qui traversent ces parcours.

La troisième partie porte sur les postures et épreuves de la pratique de *care*. Comment s'articulent, pour les cliniciens, les processus d'individuation et de subjectivation relevant, d'une part, de l'injonction à devenir soi, par soi-même, en s'inscrivant dans des programmes sanitaires et sociaux ayant pour visée l'activation des individus, et, d'autre part, de l'injonction au « bien-être », à la « bonne » santé mentale, en travaillant les attachements de l'individu à ses différents supports ?

– PREMIERE PARTIE –

**GENESE ET MORPHOLOGIE
DU
« CARREFOUR SANTE MENTALE
PRECARITE »**

D'où l'appellation « Carrefour Santé Mentale Précarité » peut-elle provenir, quels en sont les inspirateurs, et aussi les questionnements sous-jacents ? Sur quoi ce dispositif publicisé par l'action publique peut-il localement s'appuyer, de quelle expérience sociale peut-il procéder ? Par quels processus socio-historiques la psychiatrie et le travail social, mobilisés à nouveaux frais dans le traitement de l'exclusion sociale, se sont-ils reconfigurés dans ce nouveau dispositif apparu à la fin des années 90 ? Cette première partie vise à rendre compte de la construction du processus de publicisation et de mise en intervention commune, associant psychiatrie et travail social dans un même dyptique que traduit l'expression « santé mentale précarité ».

Pour répondre à ces questions, nous focaliserons notre attention, principalement dans cette première partie généalogique, sur la fabrication des cadres interventionnels et organisationnels qui encadrent les pratiques cliniques. Il s'agit d'en restituer la dynamique, dans un premier temps de manière linéaire et chronologique, en décrivant les grandes lignes de l'émergence d'une clinique en réseau qui redéfinit les actions sanitaires et sociales au front de la précarité, sans omettre d'y replacer les acteurs (chapitre 1), puis de manière dialectique dans un deuxième temps, en dressant un inventaire raisonné (organisé et analytique) des activités du dispositif CSMP telles qu'elles ont évoluées, de sa création à la fin de notre période d'étude (chapitre 2).

CHAPITRE 1 – LE CARREFOUR SANTE MENTALE PRECARITE : L’EMERGENCE D’UN COLLECTIF D’INTERVENTION AUPRES DE PERSONNES EN « SOUFFRANCE PSYCHIQUE »

Ce chapitre vise à entrer dans la « boîte noire »¹ du Carrefour Santé Mentale Précarité (CSMP) afin de comprendre quels sont l’objet et la forme organisationnelle de ce *dispositif*. Notre utilisation du terme « dispositif » est sous doute un peu abusive mais elle vise, tout en gardant à l’esprit l’idée d’agencement (ce qui suppose la combinaison d’éléments d’origine hétérogène), à mettre en évidence un processus plus général de descente en singularité (de rapprochement vers le sujet) de l’action publique. A partir de la proposition de FOUCAULT² qui considérait qu’un dispositif est une « machine à faire voir et à faire parler », Bruno LATOUR propose de le considérer plutôt comme une « machine à faire faire »³, c'est-à-dire un lieu à forte réflexivité où peut se lire la performativité (par expérimentations) des savoirs qui y sont déposés⁴. Dans cette perspective latourienne, nous cherchons à comprendre quel est l’objet du traitement proposé par les cliniciens du CSMP et comment, simultanément à sa mise en traitement, ce dispositif s’est-il mis en forme ?

Pour répondre à ces deux questions, nous allons effectuer un détour historique nous permettant de suivre au plus près les évolutions, les retournements, les continuités et discontinuités de ce dispositif.

I. Naissance du CSMP : la « souffrance psychique » comme nouvel objet d’intervention

« Favoriser l’accès aux soins et à la prévention des personnes les plus démunies » est un objectif au cœur de l’intervention du Carrefour Santé Mentale Précarité (CSMP) depuis sa création en 2000. Lorsque Mr TABARY fonde ce dispositif avec une petite équipe composée d’une douzaine de professionnels (médecin, assistante sociale, psychologue, cadre infirmier, infirmier), il est d’emblée envisagé comme le lieu où s’entrecroisent à la fois différentes structures sanitaires, intra et extrahospitalières du Centre Psychothérapique de l’Ain (services intrahospitaliers, Centre Médico-Psychologique, Centre d’Accueil Thérapeutique à Temps Partiel), mais aussi différentes structures du social (les Centres d’Hébergement et de Réinsertion Sociale du département principalement).

¹ LATOUR B., (1989), *La science en action*, Paris, Gallimard, p. 10.

² DELEUZE G., « Qu’est-ce qu’un dispositif ? », dans *Michel Foucault philosophe, Rencontre internationale*. Paris, 9, 10, 11 janvier 1988, Paris, Seuil, 1989, p. 185-195.

³ LATOUR B., dans MICOUD A., PERONI M., (2000), *op. cit.*, p. 189-207.

⁴ ION J. et al., (2005), *op. cit.*, p. 5.

« Le Carrefour Santé Mentale Précarité (CSMP) est un dispositif intersectorisé de concertation et de coordination élaboré par le CPA [Centre Psychothérapique de l'Ain] afin de répondre aux besoins spécifiques des personnes démunies en matière d'accès aux soins et à la prévention. »

Projet d'Établissement du CPA 2003-2007, 20 décembre 2002, p. 60.

Suivent plusieurs mois au cours desquels la question des moyens de l'intervention, en termes de ressources humaines, de structures, de statuts, et de moyens d'action, est débattue : comment tisser les mailles du réseau avec des personnalités extérieures au CPA, notamment avec les acteurs du social (institutionnels et professionnels de terrain)¹ ? Comment articuler le sanitaire et le social et instaurer une intervention commune au niveau départemental² ? Comment mettre en place des actions de réinsertion, axées sur d'autres registres que le soin, le travail et le logement³ ? A travers ces différentes interrogations, les membres du CSMP sont soumis assez rapidement à un dilemme : étayer, alors qu'elles s'inscrivent de plus en plus dans la temporalité de l'urgence et de la gestion de crise, les différentes formes de relation d'aide que mettent en œuvre les professionnels de l'action sanitaire et sociale au front de la précarité, mais aussi parier sur le long terme et soutenir la recherche de nouvelles formes d'organisation (en termes de dispositifs et de pratiques) qui seraient reconnues par leurs pairs. Ce travail d'étayage de la relation d'aide et de ses modalités de cadrage donne à voir les tensions entre le dedans et le dehors de la psychiatrie, entre une temporalité de l'urgence et une temporalité de la durée, entre le soin et l'organisationnel, ce qui inscrit d'emblée l'intervention du CSMP dans un travail de mise en visibilité de ses activités diverses et variées.

« Ce dispositif, comme son champ d'intervention, garde sans doute aux yeux de certains l'apparence d'une nébuleuse d'idées, de contacts, de réalisations ponctuelles, dont la cohérence peut n'apparaître pas très visible. Rappelons qu'il s'agit de poursuivre un travail de sensibilisation à la clinique de la précarité et de l'exclusion, et de rassemblement des initiatives et des actions qui se multiplient dans le quotidien, dans ce domaine. C'est aussi un travail de prise de conscience : beaucoup de soignants travaillent, et plutôt bien, dans ce champ psychosocial sans forcément en posséder les clés et « font de la précarité » comme M. JOURDAIN faisait de la prose. »

Rapport annuel 2002 du CSMP, janvier 2002, p. 1.

¹ Compte-rendu de la réunion plénière du 21 janvier 2000.

² Compte-rendu de la réunion plénière du 14 mars 2000.

³ Rapport des Groupes de travail à l'élaboration du second projet d'établissement, 2001, p. 61.

1. Le responsable du CSMP : un psychiatre militant du « social »

Le responsable du Carrefour Santé Mentale Précarité, Jean-Jacques TABARY, est un militant. Ancien secrétaire-adjoint du Parti Socialiste de Bourg-en-Bresse, trésorier du Cercle Condorcet¹ de la même ville, ancien chef de secteur psychiatrique, ancien président de la Commission Médicale d'Établissement (CME) du Centre Psychothérapique de l'Ain (CPA), il a siégé et siège encore dans de nombreuses instances décisionnaires, en tant que « simple » citoyen ou en tant que professionnel. Tout au long de sa carrière de psychiatre, il semble s'être engagé, progressivement et de plus en plus, dans la lutte contre les inégalités et pour les personnes qui se trouvent « à la marge ». Il s'est très tôt intéressé en tant que professionnel à la problématique des limites dedans/dehors, inclus/exclus. Jeune interne, sa thèse de médecine portait sur les enveloppements thérapeutiques appelés « Pack » ou « Packing ». Ce qui est particulier à cette technique par rapport à d'autres indications thérapeutiques, c'est la mise en jeu de la problématique du corps (de ses limites, de son image, de sa symbolisation) dans ses multiples dimensions physique, psychique et sociale².

Un rapide regard sur son emploi du temps révèle qu'il s'investit encore aujourd'hui dans de nombreuses activités extraprofessionnelles qui toutes prolongent cependant ses activités cliniques. Pour lui, il paraît évident « *parce qu'on s'occupe de la précarité, de s'intéresser au social* »³. S'intéresser au social, c'est participer par exemple aux multiples assemblées générales des associations porteuses des CHRS locaux, aller aux manifestations organisées par les institutions sociales (les anniversaires comme les colloques en passant par les manifestations sur la voie publique – sans pour autant se mélanger systématiquement aux manifestants), c'est participer aux débats publics, faire partie du Comité d'Administration

¹ Les Cercles Condorcet sont des associations de citoyens, généralement rattachées à des villes où siègent des instances décisionnaires. A Bourg-en-Bresse et selon notre interlocuteur, le Cercle Condorcet réunissait une dizaine de personnes autour de débats et de réflexions sur les grands problèmes de société. Ce groupe était également chargé de fournir des préconisations à la Ligue de l'enseignement, ligue dont l'objectif est « d'inviter les citoyens à s'associer dans la lutte contre les inégalités, à débattre et à être acteurs dans la cité afin de construire une société plus juste, plus libre et plus solidaire visant à l'émancipation de tous » (Extrait du site internet de La ligue de l'enseignement).

² Enracinée dans les différentes cultures du maternage et de l'hydrothérapie à travers le monde, cette technique de soin a été revisitée par des psychanalystes, tel que Pierre DELION, pour devenir une technique au service de la psychothérapie des sujets autistes ou psychotiques. Il s'agit d'envelopper le corps dénudé du patient dans des linges trempés dans l'eau froide et d'être là avec lui au cours du réchauffement, attentif à ce que cette situation particulière va lui permettre d'évoquer, de revivre. Les thérapeutes qui entourent le patient qui se réchauffe jouent en même temps le jeu de se laisser affecter par ce qu'ils ressentent, ils font ainsi de l'élaboration de leur « contre-transfert » un vecteur permettant de soutenir et de maintenir l'individu dans ses corps (physique, psychique et social). Cf. DELION P., (2003), *Le packing avec les enfants autistes et psychotiques*, Paris, Erès.

³ Les citations en italiques sont extraites des entretiens.

d'associations tel que *Vivre en ville*¹ et s'il le faut prendre position publiquement auprès d'un préfet ou auprès des services de l'Etat (DDASS) lorsque la survie de ceux qui sont considérés comme « partenaires sociaux » est en jeu². Bref, ses activités vont bien au-delà des tâches dévolues à un praticien hospitalier et elles participent certainement à l'impression de proximité établie avec les professionnels de nombreuses structures sociales du département. Lorsque le « Docteur » TABARY entre dans une salle de réunion ou de colloque, les salutations et les marques de respect, comme les plaisanteries, vont bon train. Un petit mot pour l'un comme pour l'autre sans pour autant tomber dans les tours de bras démagogiques. « *Je trouve que je ne suis pas assez dans le relationnel mais je n'aime pas faire ça* » se plait-il à dire. « *Il faudrait que je sois encore plus dans l'hypocrisie et que j'aie frappé aux portes des institutionnels mais je crois que je suis finalement assez timide, peut-être trop, je ne sais pas, mais je préfère plutôt garder le contact avec les patients et on n'a pas tant de temps que ça. Il faudrait que je fasse que ça sinon. En plus, le ma-na-ge-ment, ça n'est pas vraiment mon truc.* »

De cet homme se dégage un indéniable charisme qui, parce qu'il est aussi empreint d'une certaine pudeur et modestie, laisse à penser que le cœur de son savoir-faire est à chercher du côté de l'art du contact. Nous nous sommes assez rapidement aperçus que les « rigolades » et interpellations, lancées sans en avoir l'air dans différents contextes et aux assemblées qui l'écoutaient, portaient généralement sur une critique sévère, bien souvent cynique, des organisations, des administrations, des réseaux, des procédures et des règles juridiques. Il existe chez Mr TABARY une ligne de tension forte entre un intérêt pour le cadrage de l'activité clinique (la politique de soin, l'organisation des soins, les formations) et un intérêt pour ce qu'il appelle le « *trajet du patient* », la clinique en tant que telle. Pour Mr TABARY, dans la mesure où le patient circule dans les différents mondes que sont la santé, le social, le travail, le logement, il faut qu'à son tour le professionnel circule dans ces mondes pour aller en quelque sorte cueillir la souffrance de l'individu, là où elle émerge. Cette idée fondamentale est au cœur de l'intervention du CSMP.

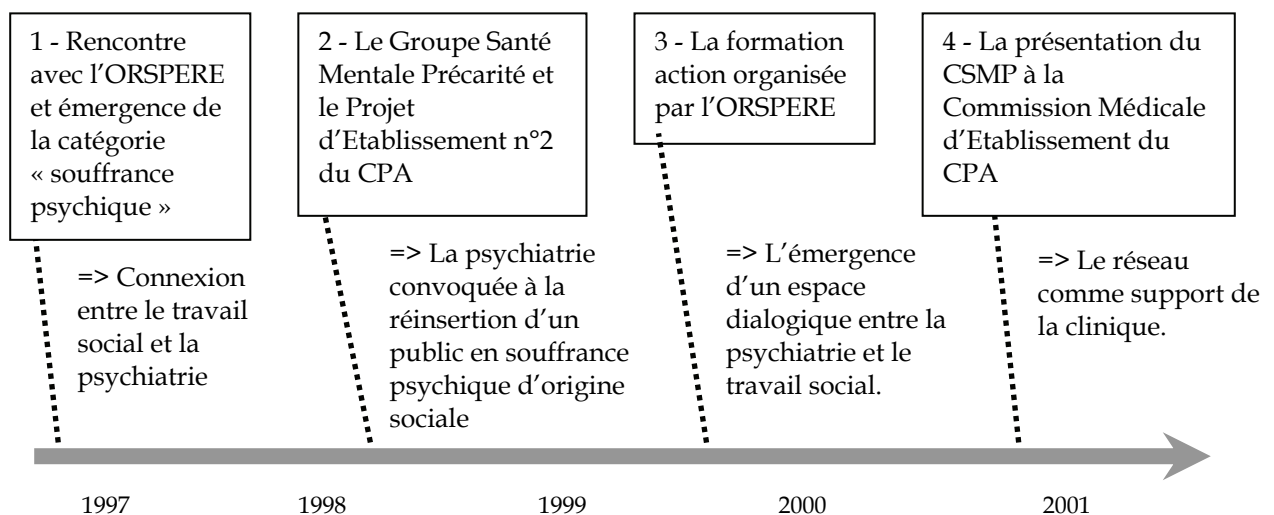
En même temps, ce qui peut paraître paradoxal lorsqu'on rencontre Mr TABARY pour la première fois, c'est que l'activité produite par ce médecin, sans perdre de vue le devenir des personnes en situation de précarité, est largement orientée par des objets administratifs. Mr

¹ L'association *Vivre en ville* à Bourg-en-Bresse est un club d'activités et un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) pour personnes handicapées psychiques.

² Pour un exemple de témoignage de soutien aux partenaires sociaux du CSMP cf. annexes du chapitre 1 - L'exemple du FAR.

TABARY n'est pas moins que médecin psychiatre dans un CMP, responsable d'un service pour patients psychotiques, responsable du CSMP, membre de deux comités de santé mentale rattachés à la ville de Bourg-en-Bresse, référent technique dans différents Comité de Pilotage et Comité Technique de réseaux santé/social dans le département. Bref, peu d'instances liées à la santé mentale et au (travail) social sur son secteur d'intervention ne lui échappent.

Cette tension entre une intense activité clinique et une présence à toutes les instances de son cadrage institutionnel est la rencontre d'une histoire et d'une activité permanente. Cependant, si ce personnage est une figure incontournable du CSMP, les voix qui se sont mêlées pour créer et faire vivre ce dispositif sont nombreuses. Le CSMP est né d'une longue maturation collective dont quatre temps inauguraux nous ont semblé tout particulièrement importants afin de comprendre la nature de l'intervention qui traverse ce dispositif.



2. Connexion entre le travail social et la psychiatrie dans le département de l'Ain : rencontre avec l' ORSPERE et émergence de la catégorie « souffrance psychique » (1997)

En 1997, Jean-Jacques TABARY, responsable technique du « *dispositif Psychologue RMI* » porté par le CPA, reçoit à plusieurs reprises Christian LAVAL, sociologue, cofondateur et directeur adjoint de l'ORSPERE. L'objet de ces rencontres est double. D'une part, elles entrent dans le cadre du travail de thèse de Mr LAVAL qui porte sur l'émergence d'un souci clinique porté par des psychologues dans un certain nombre de dispositifs RMI de la région Rhône-Alpes. Mr TABARY étant le responsable technique du dispositif RMI du département de l'Ain, il est un interlocuteur privilégié du chercheur. D'autre part, ces rencontres entrent dans le cadre d'une recherche action que Christian LAVAL coréalise avec un autre

sociologue, Pierre VIDAL-NAQUET, pour le compte de la DDASS de l'Ain et qui vise à « savoir comment, dans une ville moyenne, Bourg-en-Bresse, et dans un quartier d'habitat social, celui de Grande Ressouze, les différents intervenants du monde sanitaire et social ont été amenés à problématiser cette question de la souffrance psychique et comment ils ont commencé à la prendre en charge. »¹

Note sur l'ORSPERE

L'Observatoire Régional de la Souffrance Psychique En Rapport avec l'Exclusion (ORSPERE), créé en 1993, a pour objectifs : 1- de travailler à ce que les personnes confrontées à la souffrance en rapport avec l'exclusion, professionnels ou populations, puissent bénéficier d'un usage adéquat des systèmes de soins et de santé, contribuant à une amélioration de la santé mentale, 2- de construire, au niveau régional, un lieu de réflexion permanent facilitant le transfert, la capitalisation et la production de nouveaux savoirs et savoir-faire (interdisciplinaires et interinstitutionnels) à partir de la confrontation systématisée des différents champs du sanitaire, du social, de la justice, de l'éducatif et de l'insertion, 3- de valoriser les connaissances, diffuser les informations à destination des citoyens et des populations concernées en facilitant les échanges et le partage des savoirs entre populations et professionnels de santé. Plus particulièrement, une politique de prévention positive en matière de santé mentale doit être définie avec les populations et non pas seulement pour elles. Pour l'essentiel, ces objectifs se sont intégrés dans les orientations nationales du RNSPP (Réseau National Souffrance Psychique et Précarité) dont il est le siège social par convention en date du 17 juin 1999. L'ORSPERE est devenu, en 2002, l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP).

La question de la « souffrance psychique » est relativement récente dans le champ des politiques sociales et de la psychiatrie. Ce n'est que depuis 1995, suite à la parution du rapport LAZARUS (cf. encadré ci-dessous), que la « souffrance psychique » tend à devenir un objet de politique publique. Jusque là, cette catégorie n'est portée par aucun financement public et elle est loin d'être considérée comme une entité à part entière. Du côté du travail social, elle est traitée dans le cadre nouveau des prises en charge dites « psychologique » que proposent certains CHRS lorsqu'ils sont confrontés à des problématiques psychologiques qui ne relèvent plus seulement du « cas lourd » et des « familles à problèmes » qu'ils rencontraient jusque là². Du côté de la psychiatrie, elle n'est traitée qu'indirectement ou secondairement, dans la mesure où elle fait signe vers une pathologie répertoriée. Le rôle des politiques publiques de l'époque n'est donc pas tant d'agir sur cette souffrance mais plutôt d'agir sur ses causes

¹ Rapport « Souffrance psychique et Précarité. Enquête dans un quartier d'habitat social » réalisé par Christian LAVAL (ORSPERE) et Pierre VIDAL-NAQUET (CERPE), avec la collaboration de Jean FURTOS (ORSPERE) pour la DDASS de l'Ain en 1997, p. 7.

² LAVAL C., novembre 2002, *op. cit.*, p. 27.

présumées : l'emploi, le logement, les conditions de travail, les loisirs, la culture, les niveaux de vie, etc. Comme le précisent Christian LAVAL et Pierre VIDAL-NAQUET « *il n'était pas [jusque là] jugé nécessaire en effet de pénétrer dans la subjectivité des individus pour définir l'orientation des politiques économiques et sociales ni pour penser les mécanismes de redistribution. Il suffisait en fait de recueillir les plaintes qui ne manquaient pas de se manifester sous des formes les plus diverses pour imaginer des réponses collectives dont l'individu bénéficierait tôt au tard. Il aurait d'ailleurs été déplacé, dans ce cadre, de chercher à soulager la souffrance de chacun avant de tenter de résoudre les problèmes, sources de cette souffrance. De même, il aurait été inconvenant et « politiquement incorrect » de considérer cette souffrance comme une affectation de la santé mentale des individus. Une telle focalisation sur la psyché de l'individu aurait même été perçue comme une politique sociale purement palliative.* »¹

Note sur le rapport LAZARUS

Le rapport LAZARUS (1995) lève un tabou, celui de rendre à la fois visible une souffrance que de nombreux intervenants sociaux vivent comme insupportable et de rendre également visible l'impuissance de l'action publique à agir sur une insertion improbable. Un peu partout dans les colloques et les formations, il devient commun, suite à ce rapport, de faire le constat de l'épuisement des politiques d'insertion qui, plus qu'elles ne permettent pour le bénéficiaire une sortie des dispositifs de droit commun, le maintiennent dans une souffrance et dans « des processus d'insertion perpétuelle » selon les termes de Robert CASTEL². Ce rapport remet donc en cause la réorientation des politiques sociales des années 1980 qui étaient passées d'une visée d'intégration (assurer les mêmes droits à tous) à celle d'insertion (donner des prestations supplémentaires aux plus démunis pour corriger les inégalités de l'intégration)³. Il propose de se confronter à cette souffrance, de tenter de l'accueillir puis de la soulager pour que dans un deuxième temps les individus puissent être accompagnés dans une démarche d'insertion. Ce rapport propose donc d'élargir le champ de l'action sociale. Cependant, il ne donne d'indication ni sur la nature de cette souffrance, ni sur les modalités de sa prise en charge. Le champ reste libre et les travailleurs sociaux, comme les professionnels de la psychiatrie, ne peuvent que compter sur eux-mêmes pour construire les outils permettant de prendre en charge et d'accompagner « cette souffrance qu'on ne peut plus cacher ».

¹ LAVAL C., VIDAL-NAQUET P., FURTOS J., (1997), *op. cit.*, p. 6.

² CASTEL R., (1995), *op. cit.*

³ Cf. également à ce sujet RENAULT E., (2008), *Souffrances sociales, Philosophie, psychologie et politique*, Paris, Editions La Découverte, p. 164.

Christian LAVAL et Pierre VIDAL-NAQUET constatent, après avoir auditionné des intervenants sociaux dans une vingtaine d'institutions sanitaires et sociales de la ville de Bourg-en-Bresse, que ces derniers apprécient la problématique des usagers qu'ils reçoivent au cas par cas, sans jamais être sûrs de leur diagnostic et tout en se renvoyant les usagers, comme on le ferait avec une « patate chaude ». Ainsi nous pouvons lire dans ce rapport :

« A vrai dire, les intervenants sociaux sont à la recherche d'indicateurs. Et d'une certaine manière trouvent ces indicateurs lorsqu'ils peuvent référer la souffrance à un système de sens. Dans certains cas en effet, la souffrance constatée renvoie à des filières de soins ou de traitement ou bien à des catégories déjà connues.

Pour certaines populations en effet, l'indicateur de référence est le dispositif de psychiatrie : à la fois l'hôpital public ou privé, et le système ambulatoire. Or, à Bourg-en-Bresse, le Centre Psychothérapique de l'Ain a, dans un premier temps, joué un rôle attracteur des patients au-delà même de la région Rhône-Alpes, puis dans un second temps un rôle centrifuge en direction de la ville et secondairement du département. En effet, pour des raisons de politiques sanitaires et économiques (réduction du nombre de lits) et non pour des raisons seulement thérapeutiques, de nombreuses personnes sont sorties de l'hôpital et se retrouvent soit dans les CHRS, soit dans les appartements HLM, soit encore dans les foyers de jeunes travailleurs. Ces personnes qui étaient prises en charge d'un point de vue à la fois médical et social par l'hôpital, se retrouvent, en partie, prises en charge par des travailleurs sociaux qui les étiquettent donc comme des malades mentaux. Mais si les intervenants sociaux disposent ici d'un indicateur, d'ailleurs discutable, ils se trouvent bien souvent dans une situation difficile, ne disposant pas des moyens sanitaires de prise en charge ou n'étant pas en relation étroite avec le secteur psychiatrique. Ces intervenants ont alors le sentiment d'avoir à s'occuper, sans en avoir la compétence, de personnes souffrant de troubles psychiques.

Ainsi par exemple, les éducateurs du FAR [CHRS de Bourg-en-Bresse] estiment aller au-delà de leur mission lorsqu'ils distribuent des médicaments à des personnes qui n'ont pas la capacité de suivre seules les prescriptions qui leur sont données. De même, le responsable du CHRS de Bellegarde estime aller souvent bien au-delà de sa mission en accompagnant certains résidents dans leurs démarches thérapeutiques. Le directeur de l'OPHLM¹ relève la même difficulté dans la mesure où il estime que son personnel n'est pas missionné pour gérer les problèmes de cohabitation posés par les sortants du CPA logés en HLM.»

Rapport « Souffrance psychique et précarité », p. 10.

Ce rapport montre comment l'extension de l'utilisation de la catégorie « souffrance psychique » va, dans un premier temps, entraîner un débordement des missions des uns et des autres. En se retrouvant à prendre en charge des publics avec lesquels ils n'ont jusque-là pas l'habitude de découdre, les intervenants sociaux voient leurs identités professionnelles bousculées ce qui entraînent deux types d'attitudes. La première attitude consiste à ne pas accueillir le public identifié comme étant en « souffrance psychique » ; « *c'est le travail des*

¹ OPHLM : Office Public d'Habitations à Loyer Modéré.

psy, il faut donc les renvoyer au CPA » entend-on dire¹. La deuxième attitude consiste à se munir d'outils permettant aux travailleurs sociaux de faire avec cette nouvelle problématique. Et parce que la catégorie « souffrance psychique » est souvent associée à celle de « maladie mentale », les intervenants sociaux se tournent vers la psychiatrie en pensant que cette dernière détient « certainement » un savoir et des outils pouvant les aider. Ce sont alors les rapports entre le « monde » du travail social et le « monde » de la psychiatrie que la catégorie de « souffrance psychique » rend visible et vient activer.

« [...] le monde du travail social et celui de la psychiatrie sont plutôt dans des rapports de suspicion réciproque. Les travailleurs sociaux estiment être très souvent dans l'impossibilité d'interpeller voire même de parler avec les psychiatres. Ainsi l'un des responsables de la Mission Locale cite le cas de ses tentatives de dialogue avec un psychiatre qui ont presque toujours été infructueuses. Celui-ci restant « muet comme une carpe » malgré les demandes qui lui sont faites. Le CHRS Le FAR évoque aussi ses difficultés de contacts aussi bien avec le CPA qu'avec le CMP. De leur côté, les psychiatres hésitent à intervenir dans des domaines, qui selon eux, relèvent du social et non pas du pathologique. Ils craignent aussi que les équipes sociales se déchargent sur eux des problèmes sociaux. Ainsi, pour un médecin du CMP « *le FAR nous envoie régulièrement des gens. Il souhaite aussi que l'on se rende au foyer. Mais la difficulté, c'est que ces personnes n'ont pas que des problèmes psychiques. Ils ont aussi des problèmes sociaux. Ce qui demanderait au CMP une prise en charge sociale très lourde. Et ceci d'autant plus qu'en cas d'hospitalisation, les résidents du FAR perdent leur place dans le foyer. Où placera-t-on cette personne quand elle sortira de l'hôpital ? Certes, il y aura peut-être eu résolution du problème psychique. Mais il y aura aussi aggravation du problème social. Et par voie de conséquences, une nouvelle dégradation de l'état psychique de la personne* ».

Du coup, les intervenants sociaux sont, de fait soumis, à une certaine injonction paradoxale. D'un côté, ils favorisent, par leur focalisation sur la personne, l'expression de la souffrance psychique du sujet. D'un autre côté, ils n'ont ni les outils pour répondre à cette souffrance, ni accès aux partenaires qu'ils jugent parfois – contre l'avis de ces derniers – mieux qualifiés qu'eux pour assurer cette réponse. Là encore, cette injonction paradoxale met en difficulté ceux à qui elle s'adresse. »

Rapport « Souffrance psychique et précarité », p. 25-26.

L'usage partagé de la catégorie « souffrance psychique » par les intervenants sociaux et par les professionnels de la psychiatrie tend à dépasser les rapports de distension, voire d'ignorance entretenue, entre ce qu'il est alors commun d'appeler « *les deux camps* ». Faire rejoindre le camp de l'intervention sociale avec celui de la psychiatrie dans une action commune traitant d'une même problématique relative à la « souffrance psychique » devient alors très vite un objectif central. Financés par la DDASS et eux-mêmes inscrits dans des collectifs (l'ORSPERE) problématisant le travail en réseau, les deux chercheurs ne s'y trompent pas lorsque suite à leur évaluation il s'agit de proposer des recommandations :

¹ Propos relatés lors d'un entretien individuel avec Mr TABARY.

« [Dans tous les cas] cette demande d'assistance psychique au cas par cas ne doit pas être confondue avec un second type d'outillage à valence plus partenariale. D'abord, et avant tout, l'établissement d'un partenariat plus opérationnel entre les équipes sociales et les équipes sanitaires. Il s'agit par là notamment de favoriser, de façon opportune, la circulation des publics entre les différentes structures, même si par ailleurs, tout le monde s'accorde pour reconnaître que la souffrance à prendre en charge n'est pas toujours, loin s'en faut, de nature pathologique. Si certaines souffrances relèvent du soin au sens thérapeutique du terme (cure), d'autres assurément, relèvent du soin, au sens non médical du terme (care). Mais « prendre soin » d'une souffrance qu'on ne doit plus cacher mais qu'on ne sait pas nommer, nécessite, sinon l'ouverture, du moins l'approfondissement d'un dialogue entre le monde social et celui de la psychiatrie.[...] Ensuite, face à la difficulté qu'ils rencontrent pour faire la part du normal et du pathologique ou pour déchiffrer une réalité sociale qui leur paraît de plus en plus irrationnelle et imprévisible, nombreux sont ceux qui expriment des demandes d'outillages, à la fois pour mieux comprendre les situations, mieux accueillir les individus en grande difficulté, mieux les orienter, le cas échéant, dans le réseau sanitaire et social, et éventuellement pour mieux les prendre en charge.[...] Ces outillages peuvent contribuer à développer et à élargir les compétences des professionnels aussi bien dans le domaine de l'expertise, du diagnostic que de l'assistance. Mais ils peuvent aussi prendre la forme de dispositifs spécialisés destinés à décharger les opérateurs d'un certain nombre de tâches trop spécifiques. Ainsi, par exemple, le directeur du foyer de jeunes travailleurs souhaiterait pouvoir identifier un référent psychiatrique, comme par exemple « *des infirmiers psychiatriques qui puissent intervenir et être plus disponibles à la demande, en cas de nécessité.* » Mais de leur côté, les éducateurs du FAR se montrent très prudents concernant cette question. [...] ils sont plus réservés sur une présence régulière d'un psychologue ou d'un psychiatre dans l'établissement. Ils craignent en effet, que le CHRS ne devienne une sorte d'hôpital psychiatrique au rabais. »

Rapport « Souffrance psychique et précarité », p. 27-28, (c'est nous qui soulignons).

Si pour les chercheurs les lignes de direction semblent toutes tracées vers l'émergence d'une nouvelle pratique de soin (« *soin au sens non médical du terme – care* ») et la mise en place d'un travail partenarial, les résistances vont encore bon train de part et d'autre. Il s'agit alors pour eux de valoriser l'existant, à savoir le travail partenarial déjà en place, plus ou moins formellement, dans la localité de Bourg-en-Bresse.

« Des tentatives de réponses formelles et informelles s'inventent en situation. Mais elles s'élaborent dans un contexte où les normes d'action partenariales ne sont pas fixées à priori. De fait, elles se bricolent au détour de l'expérimentation de nouvelles procédures. Dans cette configuration mouvante et sans référentiel prêt-à-porter, les intervenants pointent le besoin d'un espace de régulation entre sanitaire et social. L'émergence de la souffrance psychique dans le champ social met en exergue un manque à la fois d'échanges interinstitutionnels, de réflexions sur les pratiques et d'élaboration de programmes d'actions coordonnées.

Pour autant, un réseau ne se décrète pas. Toute l'expérience acquise en ce domaine converge vers le fait qu'il est le fruit d'une expérience de personnes de collectifs singuliers, issus d'une dynamique et d'une histoire locale. Qui plus est, lorsqu'un réseau est constitué, il est essentiel qu'une fonction de coordination pérenne soit assurée par une institution implantée localement et légitimée par les acteurs de terrain (association ?, Service public ?, psychiatrie ?) même si une ingénierie technique

extérieure peut venir en contre point accompagner cette expérience d'autoréflexivité inter institutionnelle. »

Rapport « Souffrance psychique et précarité », p. 36-37 (c'est nous qui soulignons).

« Réseau », « fonction de coordination pérenne », « ingénierie technique extérieure », l'architecture d'un dispositif qualifié d'abord par ses liens d'attachement (entre institutions, entre professionnels) commence à émerger. Ces liens d'attachement semblent nécessiter d'une part de nouvelles modalités d'intervention qui relèvent du *care* (le « prendre soin »), et, d'autre part, de nouvelles modalités de coopération.

« Préconisation structurelle :

- Formalisation d'un réseau institutionnel « Santé mentale-précarité » :

Il aurait pour objectif d'articuler les réflexions, les expérimentations partenariales, de discerner ce qui relève d'une prise en charge « psy » et ce qui relève d'autres systèmes de prise en charge. Il serait constitué d'intervenants du champ sanitaire et social. Il devrait s'appuyer sur une institution leader désignée localement. Afin de pérenniser son action, il devrait prévoir d'emblée une fonction de coordination repérée par les membres du réseau. Son aire d'influence pourrait d'emblée être élargie à la ville de Bourg-en-Bresse (selon volonté et opportunité in situ). Ce réseau pourrait d'emblée traiter un certain nombre de thématiques apparues dans le cadre de cette étude (selon une optique de santé mentale) : populations errantes, parentalité, aide aux aidants, les incivilités. Pour autant, la thématique inaugurale pourrait être celle de la réhabilitation psychosociale et la réinsertion des « ex-malades mentaux » (hébergement, suivi, référents, coordination des actions, gestion des urgences...).

- Mise en place de journées d'information et de formation interinstitutionnelles et pluri-professionnelles sur la thématique de la souffrance psychique/précarité. Ce besoin de formation est une demande réitérée des professionnels.

Cette offre de formation à destination des professionnels de terrain (psy + social) pourrait se construire dans le cadre du réseau santé mentale/précarité. Quels sont les manques ? Les besoins ? Les compétences des uns et des autres ?

- Plus largement, il y a nécessité de réfléchir à l'accessibilité aux soins dans le secteur psychiatrique. Comment les souffrances psychiques (lorsqu'elles se caractérisent par une situation de non-demande) peuvent-elles adressées au dispositif de psychiatrie publique ? Notion de dispositif à « haut seuil » et « bas seuil » en termes d'exigence d'inclusion.

Préconisation fonctionnelle :

- L'offre de soins du dispositif psychiatrique doit être plus visible à l'ensemble des professionnels et de la population.

- Les délais de prise en charge en ambulatoire doivent être raccourcis.

- La pratique des « référents psychiatriques » sur les lieux du social doit être encouragée.

- Nécessité de mieux déterminer les missions et les limites de la psychiatrie en ce qui concerne l'aide aux aidants (aide, groupe balint, supervision, participants aux réseaux, etc.)»

Rapport « Souffrance psychique et précarité », p. 39-40.

Ces préconisations, cliniques et organisationnelles, permettent aux sociologues de l'ORSPERE de faire travailler l'articulation psychiatrie/travail social en proposant tout un ensemble de traductions pertinentes pour les professionnels des deux champs. Que ce soit du côté de la clinique avec des catégories communes telles que « souffrance psychique » ou encore « personnes en situation de précarité », ou du côté de l'organisation/coordination avec les catégories de « réseau », « partenariat », l'ORSPERE propose aux professionnels de travailler sur ce qui les rassemble et les relie : le traitement de la « souffrance psychique » des « personnes en situation de précarité ». En faisant exister ces nouvelles catégories, en les faisant vivre et en les mettant à l'épreuve de l'expérience clinique, il s'agit de légitimer l'émergence d'une culture commune, prémices d'un travailler ensemble.

3. Le Groupe Santé Mentale Précarité et le Projet d'Etablissement n°2 : la psychiatrie convoquée à la réinsertion d'un public en « souffrance psychique d'origine sociale » (1998-2000)

Dès sa publication, le travail de Christian LAVAL et Pierre VIDAL-NAQUET a certainement du faire l'objet de nombreuses discussions informelles dans ces différentes institutions mais nous n'en avons pas recueilli de trace objective. Ce n'est qu'une année plus tard, fin 1999, début 2000, que nous avons pu retrouver son incidence sur les institutions concernées. Entre temps, au CPA, un certain nombre de groupes pluridisciplinaires d'une quinzaine de professionnels représentant tous les secteurs du département ont été constitués « *quelque peu auto-désignés par leur intérêt pour la question, et leurs compétences* »¹ et ce, dans le but de discuter des grands axes qui vont constituer le second Projet d'Etablissement du CPA prévu pour 2002. Un de ces groupes a pris le nom de « Groupe pluridisciplinaire Santé Mentale Précarité ». Ce groupe est placé sous la responsabilité de Mr TABARY qui a accepté cette nouvelle charge selon ses propos « *dans la continuité de mon expérience de responsable technique du dispositif RMI et parce qu'il n'y aurait eu personne d'autre sinon.* »

En même temps, Mr TABARY reçoit une demande externe en provenance d'une de ses amies, membre du Cercle Condorcet, et inspectrice de la DDASS. Depuis quelques mois, cette dernière n'a de cesse de recevoir dans ses locaux des réfugiés bosniaques qui lui demandent asile. Ne sachant plus quoi faire avec tant de demandes et tant de souffrances en lien à des traumatismes aussi bien liés à la migration qu'à la guerre, l'inspectrice souhaite les

¹ Rapport annuel 2000 du CSMP, p. 1.

envoyer à l'hôpital psychiatrique. Il faut donc selon elle mettre en place un protocole permettant de recevoir en toute urgence ce public demandeur d'asile. A l'époque, le Centre d'Accueil Permanent (CAP¹) du CPA n'existe pas et ce public n'ayant pas d'adresse fixe, il ne peut pas être orienté vers les services intrahospitaliers qui répondent à la règle : une adresse correspond à un secteur psychiatrique qui correspond à un service intrahospitalier. Se pose donc la question du service psychiatrique qui est le plus en mesure de les recevoir. Sans réponse, l'inspectrice de la DDASS se tourne donc du côté de son ami psychiatre qui lui précise que cette question peut être travaillée dans le Groupe Santé Mentale Précarité.

Dès le départ des réflexions du groupe, Mr TABARY s'inscrit dans la continuité des idées phares développées par les deux sociologues, idées qui lui semblent pertinentes du point de vue de son expérience du dispositif « Psychologue RMI » : *« Il fallait qu'on travaille avec les CHRS. Le discours qu'on entendait ici à l'hôpital c'est que la souffrance qui résulte de la précarité est un problème à résoudre là où ça émerge, c'est-à-dire dans le social, et donc qu'on n'avait, nous psychiatres, rien à y faire. Je leur disais donc que la précarité est une maladie ; et que les psychologues RMI avaient compris ça depuis longtemps déjà ! Je ne suis pas d'accord avec l'idée que la psychiatrie publique ne doit s'occuper que de la psychose et le social du reste. »* Ainsi, dans le premier compte-rendu du Groupe Santé Mentale Précarité, il est spécifié la volonté d'ouvrir la réflexion aux institutions sociales considérées préalablement comme « partenaires » de la réflexion.

« [Recommandation du GSMP :] Ouverture du groupe aux partenaires sociaux afin d'enrichir nos réflexions et de trouver un langage commun. Il apparaît que d'après les expériences de partenariat avec les travailleurs sociaux de plusieurs d'entre nous (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, Centre social), cette collaboration permet une déculpabilisation des partenaires. « La psy non plus n'a pas de solution ». Les échanges sont du coup davantage basés sur une réflexion commune que sur la recherche de solution. Les équipes de psychiatrie semblent avoir un petit avantage : elles ont l'habitude d'être confrontées à l'« incurabilité ». »

Compte-rendu du GSMP du 14 mars 2000, p. 4-5.

Le GSMP part du constat qu'il manque sur tout le territoire du département une politique commune de soin. *« Chacun [chaque psychiatre médecin-chef] fait ce qu'il veut dans son secteur, même s'il y a parfois des incohérences. Par exemple, dans un certain nombre de CMP évolués on va dire, l'entretien de première intention se fait par les infirmières. Mais il y a encore quelques secteurs, dont je tairai les noms, où les patients doivent attendre un mois*

¹ Le CAP est le centre d'accueil, d'orientation et d'urgence psychiatrique du CPA.

voire plus avant de rencontrer le médecin pour un premier entretien. Vous pensez bien que le gars qui est dans l'urgence, il ne va pas revenir et on va le retrouver où ? Et bien au mieux dans un CHRS, au pire il reste dans la rue. »¹ La réflexion du groupe se situe donc d'emblée à un niveau stratégique concernant l'intervention, à la fois centré sur les secteurs psychiatriques à travers les CMP et centré sur l'institution par le fait même de participer à un groupe de réflexion qui va définir le projet d'établissement, et donc la politique de soin de l'établissement. Pour les membres du GSMP, la problématique de la réinsertion des « *ex-malades mentaux* » nécessite donc une réflexion plus généralisée au niveau de l'hôpital et de sa politique de secteur. Il ne s'agit pas seulement de s'ouvrir sur le social au niveau de la ville de Bourg-en-Bresse, il s'agit de s'ouvrir au social sur l'ensemble du département en s'appuyant sur les secteurs psychiatriques. Cette politique organisationnelle de la clinique est inscrite dans le premier rapport du GSMP remis à la Commission Médicale d'Etablissement (CME) le 30 novembre 2001. Son élaboration constitue une phase importante de montée en généralité locale (départementale) de la problématique du traitement par la « santé mentale » de la « précarité sociale ».

« Bilan et analyse de la situation

Contribution du CPA à la réinsertion des personnes en situation de précarité

Elle repose sur 3 axes :

- La réinsertion des patients fragilisés, dont la plupart se situe dans les limites de la précarité, par l'indigence de leurs ressources, par la fragilité des liens sociaux.
- Une offre de soins classique dans les différents lieux, intra et extra hospitaliers, sans spécificité. Exemple : CMP de Bourg 15% de personnes titulaires d'aides (RMI, allocation parent isolé, allocation de fin de droit, etc...)
- Des participations à diverses actions et expériences, jusque là cloisonnées, pouvant actuellement se regrouper sous le registre des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et au Soins (PRAPS) : dispositif psychologue RMI, Cellule Technique d'Insertion (CTI), CASU, ORSPERE, Plate forme de la grande Ressouze.

Constat des principaux manques actuels

- Une politique commune au niveau départemental.
- Des actions de réinsertion, axées sur d'autres registres que le soin, le travail et le logement.
- Une déconcentration des actions qui sont actuellement centrées sur les agglomérations urbaines.
- Une meilleure connaissance des populations et de leurs difficultés.
- Une prise en compte améliorée des difficultés liées à la précarité. Actuellement, on oscille entre deux positions extrêmes :
Difficulté de reconnaissance des souffrances liées à la précarité, report de ce problème sur le social et le politique.
Tendance à rechercher une solution universelle dans la psychologisation du problème.

Vers une problématique ciblée

¹ Entretien individuel avec Mr TABARY.

- L'implication de la psychiatrie est en recherche. Elle doit être équidistante entre ces 2 positions et garder sa spécificité, c'est-à-dire :
Le repérage de la maladie mentale là où elle se trouve (indépendamment du contexte social).
La prise en compte d'une clinique de la pathologie directement liée aux conditions de vie défavorables.

Les outils dans le contexte actuel

- Une meilleure connaissance des mécanismes de la pathologie de l'exclusion, qui permettrait d'orienter la recherche, de mieux maîtriser la demande, d'affiner les réponses.
- Une connaissance et application de la loi du 29 juillet 1998 dite « Loi contre les exclusions ».
- Un repérage et un dépistage des « niches » où les personnes démunies ne bénéficient pas des services et des droits auxquels elles pourraient prétendre en tant que citoyen (par exemple difficulté à obtenir les certificats de mainlevée de tutelle).

Identification des populations ciblées

- Personnes en précarité provisoire
Chômage, surendettement, toutes situations où il n'y a pas de dégradation des liens sociaux, ni perte de l'estime de soi.
Les moyens actuels répondent aux besoins, la souffrance psychique ne devant pas être masquée par les difficultés matérielles.
- Zones de précarité chronique : Quartiers difficiles, ZEP, populations mal intégrées.
L'implication de la psychiatrie doit rester une disponibilité, voire un regard extérieur, une présence inductrice de compréhension. Mais elle ne doit pas prétendre résoudre les difficultés sociales inhérentes à ces situations, ni se substituer aux organismes implantés sur le terrain. Certaines recommandations, préconisations visant à une présence diffuse et permanente du discours psychiatrique dans ces populations, ne sont pas recevables. Par contre, doivent être étudiés des dispositifs d'aide aux aidants, des conseils techniques, des actions de prévention, des actions individuelles auprès des malades se trouvant dans ces populations.
- Grande exclusion
Jeunes de 18 à 25 ans sans ressource (dispositif de prévention du suicide).
Publics des structures d'accueil : CHRS, les foyers, les hôtels sociaux.
Partenariat plus actif à développer sur le terrain.

**Rapport des groupes pluridisciplinaires de réflexion
pour l'élaboration du Projet d'Etablissement n°2,
Groupe Santé Mentale et Précarité, 30 nov. 2001, p. 61-63.**

Nous constatons à la lecture de cet extrait que le Groupe Santé Mentale Précarité commence à cadrer et orienter ses activités de manière tous azimuts à la fois en direction des soignants, des aidants, des individus, des collectivités et de la recherche. Cette démarche de cadrage repose sur une conception originale du traitement clinique de la précarité qui consiste à dire que plus l'exclusion est grande, plus les connexions entre les mondes doivent être activées.

« Orientations proposées

En établissant le bilan, un constat a été fait que le personnel du CPA participait à diverses actions menées dans le cadre de la réinsertion et de la lutte contre la précarité (petits-déjeuners « causants » au CMP de Bourg, construction d'une goélette à Ambérieu...), ces expériences n'étaient connues qu'au niveau d'un seul secteur.

- Au service des soignants : Création d'un lieu ressource
 Centralisation et diffusion des informations et expériences
 Le lieu ressource permettrait de centraliser et diffuser l'ensemble des informations des secteurs, les expériences et les textes législatifs (collaboration avec la bibliothèque médicale).
 Gestion des relations avec les partenaires institutionnels
 Un tel lieu permettrait de gérer efficacement les relations avec les partenaires institutionnels (exemple : COTOREP¹). Il animerait une politique de recherche psychiatrique sur cette population ciblée (groupe de recherche, statistiques...) et développerait des projets d'action collective.
 Outil dynamique au service des secteurs
 Ce lieu ressource pourrait être l'occasion de regrouper 5 ou 6 personnes mobiles d'origine pluridisciplinaire. Il devrait être avantageusement complété par un dispositif analogue dans les CHG² avec lesquels il fonctionnerait en partenariat.

- Au service des « aidants » : Structure « Carrefour Santé Mentale Précarité »
 Lieu de rencontre avec les organismes demandeurs d'aide et d'intervention psychiatrique.
 Vocation : Recueil des demandes, évaluation, faisabilité, élaboration de réponses dans des actions de prévention, de formation, de conseil, d'élucidation, de dépistage. Il s'agit d'une structure dont l'initiative ne relève peut-être pas du CPA mais qui pourrait être initiée dans le cadre du PRAPS.
 Démarche projet :
 Elaborer un projet de structure de soin avec plusieurs niveaux d'entrée en fonction du type de patient.
 Monter ce projet avec les principaux partenaires de la « structure carrefour » pour permettre d'évaluer les patients et de les orienter soit vers la psychiatrie, soit vers les organismes sociaux (idée d'un « CHA de misère »).

- Au service des individus : CMP et autres structures
 Le CMP classique reste le lieu d'accueil privilégié : l'accueil des populations démunies nécessiterait quelques aménagements dans la flexibilité, une meilleure tolérance aux irrégularités (non respect des horaires) inhérentes à certaines de ces populations. Formation sociale plus approfondie chez les soignants.
 Les autres structures de soins : Hôpital de jour, CATTP, hospitalisation complète.
 Développer une meilleure accessibilité aux personnes dont la pathologie est directement liée à la situation sociale.
 L'hospitalisation complète doit s'enquérir systématiquement du suivi du patient (article 73 de la loi contre l'exclusion).

- Au service des collectivités : Présence institutionnelle
 Présence des soignants dans les institutions, de préférence au niveau communal : commission d'attribution HLM ; contrat de culture et de loisirs avec les clubs sportifs et associations culturelles ; partenariat et réseaux avec les structures d'éducation, les tribunaux, les organismes de tutelle de majeurs protégés ; citoyenneté et respect du droit de vote, des droits dans le cadre des lois de 68, 90, etc.

- Au service de la recherche : axes à développer
 Participation aux enquêtes de l'Observatoire Régional Rhône-Alpes sur la Souffrance Psychique En Rapport avec l'Exclusion (ORSPERE) ; documentation spécifique ; évaluation de recherche dans le cadre du PRAPS.

**Rapport des groupes pluridisciplinaires de réflexion
 pour l'élaboration du Projet d'Etablissement n°2,
 Groupe Santé Mentale et Précarité, p. 64-65.**

¹ COTOREP : Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel.

² CHG : Centre Hospitalier Général.

Cette activation des connexions entre les mondes est rendue possible grâce au travail de traduction initié par les sociologues de l'ORSPERE et visible à travers la mise en œuvre d'un double transfert de compétences : d'une part nous observons une forme de sociologisation des soignants qui doivent recevoir une « *formation sociale plus approfondie* », qui assurent une présence dans les collectivités, qui se constituent en « *lieu ressource* » en dehors de l'hôpital ; d'autre part nous observons une forme de sanitarisation des aidants (travailleurs sociaux) qui rencontrent les soignants pour leur demander « *conseil* », qui se forment auprès d'eux pour améliorer leurs actions de prévention, de dépistage auprès des « *personnes en situation de précarité* ».

Là encore, notons que le « *public cible* » n'est plus celui des « *ex-malades mentaux* » mais celui « *des personnes en situation de précarité* ». Cette catégorie est maintenant communément partagée. La nouvelle norme « *fonctionnelle* » de traitement qui accompagne l'émergence de cette catégorie consiste à dire que les professionnels ne sont plus libres de pratiquer comme bon leur semble, quitte à ce que cela se fasse de manière isolée dans l'ignorance des uns et des autres. Il s'agit plutôt de comprendre comment ils peuvent travailler collectivement à travers l'élaboration de partenariats, la mise en commun de réflexions autour des pratiques et des cas rencontrés, la création de dispositifs. Pour ce faire, établir un réseau « *nécessite de mieux déterminer les missions et les limites de la psychiatrie en ce qui concerne l'aide aux aidants* »¹. Autrement dit cela oblige à la fois à considérer la nature précise de ce qui fait être le professionnel, son identité propre, et en même temps ce qui l'attache aux autres.

4. La formation-action organisée par l'ORSPERE : l'émergence d'un espace dialogique entre la psychiatrie et le travail social (2000)

A la fin de l'année 99, pendant que la réflexion se structure dans le Groupe Santé Mentale Précarité, l'ORSPERE et la DDASS décident de proposer une formation aux institutions psychiatriques et sociales de Bourg-en-Bresse avec l'objectif de sensibiliser les professionnels de ces structures à « *une nouvelle lecture des dysfonctionnements sociaux en invitant, dans le champ psycho-social, à un regard sur l'individu moderne et sa souffrance, à un examen et*

¹ Rapport des groupes pluridisciplinaires de réflexion pour l'élaboration du Projet d'Etablissement n°2, Groupe Santé Mentale et Précarité, p. 65.

*une lecture contemporaine des formes nouvelles de pathologies, à une interrogation sur la place et le rôle des aidants. Comment tenir une relation efficace quand une alternative construction-destruction est en jeu ? »*¹ Après que les institutions psychiatriques et sociales aient répondu positivement à la proposition de l'ORSPERE, un module de formation a pu être réalisé, réparti sur cinq journées entre les mois de mars et juin 2000 selon le programme suivant :

« Module de formation

Première journée : mardi 21 mars 2000

Présentation générale de la formation et présentation des participants.

Approche théorique de la clinique psychosociale

Deuxième journée : mercredi 22 mars 2000

Travail sur les représentations des acteurs (groupes mélangés).

Séances de Théâtres Forum autour de la thématique des représentations avec mise en situation des participants. Principe : les personnes racontent des cas pratiques vécus (sous forme de jeu) avec aide à la mise en scène. Problématisation de cette mise en situation. Travail sur les alternatives possibles aux questions posées : choix d'alternatives différentes et travail sur les conséquences de ces choix (avec l'aide de la personne ressources).

Tour de table et bilan.

Troisième journée : mardi 11 avril 2000

Autour de la groupalité (articulation entre individu et société par la médiation du groupe).

Matin : approche théorique avec l'intervention de Bernard DUEZ. Discussion.

Après midi : présentation d'expériences : une expérience clinique psychiatrique (groupe vidéo) ; une expérience clinique psychosociale (groupe SOS Relais).

Quatrième journée : mardi 16 mai 2000

Approche de santé communautaire.

Matin : le modèle santé communautaire avec l'intervention de Marc SCHOEME.

Après midi : présentation d'expériences de santé communautaire. Intervention de Mr PETIOT.

Cinquième journée : mardi 20 juin 2000

Sur la mise en place d'un réseau.

Intervention du Mr TABARY : état des lieux concernant la psychiatrie (son évolution, les changements), la mise en réseau, quel partenariat ?

Intervention de Dr ROSENBERG sur l'évolution des problématiques de santé dans le champ social.

Le réseau santé mentale et précarité. »

**Programme de la formation réalisée par l'ORSPERE
au cours de l'année 2000.**

A la lecture de ce document, nous constatons que les connexions entre les mondes s'effectuent d'abord entre différentes perspectives qui se succèdent : la clinique psychosociale - qui est un champ théorique ouvert par l'ORSPERE ; la psychanalyse à travers l'invitation de Mr DUEZ, psychanalyste et professeur à l'université Lumière Lyon 2 ; la santé

¹ Extrait de la lettre adressée par Mr FURTOS et Mr LAVAL à Mme BERTHET (DDASS de l'Ain).

communautaire avec Mr PETIOT et Mr SCHOEME ; la psychiatrie avec Mr TABARY. L'ensemble de cette formation est également sous-tendu par la volonté de travailler en réseau en essayant de dépasser les clivages santé/social. Mr ROSENBERG, médecin à la ville de Bourg-en-Bresse, fait ici office de référent concernant les problématiques de santé dans le champ social.

Ce programme de formation montre une volonté d'exploration de l'identité des acteurs par eux-mêmes afin de les amener à découvrir en quoi ils sont concernés ensemble par les projets en discussion (à travers, par exemple, « *la présentation des participants* », « *le théâtre forum* », « *le travail sur les représentations* »). Les échanges se croisent entre savoirs spécialisés et savoirs profanes (entre professionnels de la psychiatrie et professionnels du social). Il s'agit d'explorer en commun les problèmes qui se posent, ce qui amène tous les acteurs concernés à se considérer mutuellement comme des partenaires. Une fois cette mutualisation effective, la formation explore l'univers des options envisageables et des solutions communes auxquelles elles conduisent (à travers les exemples d'alternatives, la présentation d'expériences de santé communautaire, les diverses interrogations sur le partenariat, la mise en réseau, etc.).

A la suite de ce cycle de formation, et à la demande des participants de passer des problématiques cliniques étudiées dans la formation à des perspectives organisationnelles en termes de traitement de ces problématiques, l'ORSPERE propose les grandes lignes d'un « Réseau Santé Mentale Précarité » sur la ville de Bourg-en-Bresse. Ce réseau doit s'inscrire dans la continuité de différentes actions menées par la DDASS depuis deux années autour de la question de la souffrance psychique des personnes précarisées (enquêtes Grande Ressouze, formation/action, constitution d'un réseau de professionnel). Les objectifs de ce réseau sont de « *favoriser un croisement et une mutualisation des points de vue professionnels à partir de situations concrètes* » et de « *réfléchir ensemble sur des questions de santé publique/santé mentale afin d'améliorer l'offre et l'articulation sanitaire et sociale* »¹. Ce réseau, coordonné par la DDASS de l'Ain pour une période d'un an doit être constitué de partenaires du social et de la psychiatrie (principalement les participants à la formation/action). La proposition de l'ORSPERE vise alors à constituer deux réseaux : un réseau primaire - centré sur la clinique, et un réseau secondaire - centré sur l'organisation-coordination :

¹ Rapport « Constitution du réseau « Santé Mentale Précarité » Bourg-en-Bresse » écrit par les animateurs de l'ORSPERE le 10 octobre 2000.

« Méthodologie/fonctionnement du Réseau Santé Mentale Précarité

Le réseau pourrait fonctionner d'emblée sous forme de deux entités complémentaires :

Le réseau primaire :

- Objectif : Ce réseau collectif est plus centré sur l'entraide entre professionnels. Il travaillera à partir de situations concrètes. Son but sera de confronter les différents positionnements professionnels et aussi « d'éclairer » les « tiers » professionnels sur le rôle de chacun. Il ne s'agit donc pas d'un groupe clinique ou d'analyse de la pratique mais plutôt d'un groupe d'échanges de pratiques, où chacun essaie de comprendre le point de vue de l'autre, et donne son propre point de vue.

- Composition : Il pourrait être composé exclusivement de professionnels du social ou du soin soumis à la déontologie d'une discrétion professionnelle partagée. Il n'aura pas de finalité prescriptive ni projective concernant les situations évoquées. Chaque professionnel ayant confronté son point de vue avec l'éclairage de l'autre gardera son autonomie, son analyse et ses modes d'action spécifiques.

- Règle de fonctionnement : Ce groupe pourrait fonctionner une fois par mois. Durant une période expérimentale, sa composition pourrait être celle de psy et de travailleurs sociaux ayant participé à la formation/action. Son ouverture à d'autres professionnels pourrait se faire peu à peu, selon des modalités que le groupe initial devra inventer.

Le réseau secondaire :

- Objectif : Il a pour objectif de traiter une question de Santé Mentale qui pose un problème institutionnel à la fois aux acteurs de la psychiatrie et à ceux du social.

- Composition : Ce second réseau sera ouvert aux membres du réseau primaire qui le souhaitent, plus les institutionnels (CPAM, conseillers municipaux, directeurs d'hôpitaux, de CHRS, présidents de CME, médecins-chefs de service...). Il pourra, selon les thèmes traités, s'étoffer de représentants de l'ANPE, RMI, Mission Locale, organisme de formation, entreprise intermédiaire.

- Règle de fonctionnement : Ce groupe pourrait se mettre en place deux à trois fois/an mais après que le groupe du réseau primaire soit devenu effectivement opérationnel (6 mois). »

**Rapport « Constitution du réseau « Santé Mentale Précarité »
de Bourg-en-Bresse », ORSPERE, oct. 2000.**

Nous pouvons penser que les objectifs de ces deux réseaux, qu'ils soient centrés sur la clinique par l'entraide professionnelle ou sur l'organisation/coordination par le traitement institutionnel de la souffrance psychique des personnes en situation de précarité, visent à agir comme de puissants et originaux dispositifs d'exploration et d'apprentissage. Tout se passe comme si en cherchant à favoriser le déploiement de ces explorations et apprentissages, les animateurs de l'ORSPERE visaient à ouvrir un espace dialogique, une sorte de « forum hybride »¹ où sont remis en cause, au moins partiellement (car il reste tout de même deux niveaux de réseau, et il y reste toujours quelques « *experts universitaires* » face à des « *professionnels de terrain* »), les partages qui séparent traditionnellement les spécialistes des

¹ Les forums hybrides sont des lieux où se joue la démocratie « dialogique » c'est à dire là où des profanes (ou des non-spécialistes) peuvent échanger avec des spécialistes, donner leur avis sur des sujets techniques dont la complexité peut être très grande et contribuer à coproduire des savoirs par leur mobilisation active dans l'élaboration de connaissances qui les concernent. CALLON M., LASCOUMES P., BARTHE Y., (2001), *op. cit.*

profanes. Ce ne sont donc pas seulement les corpus doctrinaux qui s'agencent mais également les praticiens (éducateurs spécialisés, assistantes sociales, psychiatres, médecins de ville, infirmiers, etc.) qui leur sont rattachés.

5. Présentation du CSMP à la Commission Médicale d'Etablissement : le réseau comme support de la clinique (2001)

A la fin de l'année 2000, le Groupe Santé Mentale Précarité du CPA décide d'appliquer les prérogatives proposées par l'ORSPERE en créant un dispositif qu'ils choisissent d'appeler « *Carrefour Santé Mentale Précarité* ». Ce nouveau dispositif ayant principalement pour visée l'échange et la mise en réseau de diverses pratiques professionnelles, le mot « carrefour » s'est imposé après que le groupe ait longuement hésité avec celui d'« interface » : « *Nous avons finalement choisi « carrefour » car « interface SDF » existait déjà à Lyon mais aussi parce que notre action se situait surtout à la fois à un niveau professionnel, puisqu'on voulait travailler sur des échanges de pratiques, et au niveau institutionnel parce qu'il fallait que les institutions prennent conscience de l'utilité du travail en réseau. Le CSMP est plus un carrefour d'échanges interprofessionnels qu'une interface entre patients et professionnels.*»¹ Le Carrefour Santé Mentale Précarité se définit alors comme « *un programme d'actions qui peut se résumer en la mise en place de « réseaux »* »².

Pendant un peu moins d'une année, les réunions mensuelles du Groupe Santé Mentale Précarité se succèdent visant principalement à définir et à organiser le nouveau dispositif. Le GSMP reprend alors les grandes lignes proposées par l'ORSPERE à travers ce qu'il a défini comme « *réseaux primaire et secondaire* ». Cependant, les membres du GSMP préfèrent parler de « *réseaux interne et externe* » comme nous pouvons le constater dans le programme présenté à la CME à la fin de l'année 2001 :

« 1- Réseau interne : « les cellules précarités »

Noyau de personnels sensibilisés et formés, au sein de chaque secteur, intersecteur ou dispositif de soins. Chaque cellule pourrait se subdiviser à l'intérieur de son institution, l'idéal serait de descendre jusqu'au niveau du CMP ou de l'unité de soins.

Leur fonction serait de :

1.1 Développer la permanence d'une clinique psychosociale sur le lieu de soin et de prévention :

¹ Entretien individuel avec Mr TABARY.

² « Programme du CSMP- Présentation à la CME » 30 novembre 2001, p. 14.

- en fonction des principes cliniques et thérapeutiques de la clinique psychosociale et de la précarité,
- en la conciliant avec la pratique et la politique du secteur ou dispositif de soins,
- en fonction des besoins repérés localement (cf. chapitre "*recherche*").

Exemple: initier des expériences de groupes de type : « petit-déjeuner causant » à Bourg, inventer des modalités de consultations dans les CMP, rechercher et développer des partenariats nouveaux, élaborer des carnets d'adresses, offres de soins indirects aux institutions demandeuses tel que les CHRS, déplacement sur les lieux de la précarité.

1.2 Développer la recherche :

- au niveau de la clinique fondamentale : vignettes cliniques, études de cas, groupes de réflexion, etc.,
- à caractère communautaire : repérage des besoins collectifs dans une zone donnée, connaissance des lieux de la précarité.
- sur les problèmes matériels : distance, déplacements.

1.3 Offrir des possibilités de formation

- au partenariat (ex : formation ORSPERE), reconnaître l'identité et les besoins d'autrui,
- à la clinique psychosociale et la clinique de la précarité.

1.4 Représenter et coordonner :

- au CSMP, et dans les instances et commissions intrahospitalières. Un des objectifs étant de faire remonter les besoins au niveau des autorités,
- dans les divers organismes locaux, départementaux ou régionaux concernés par la précarité (cf. réseau externe).

2- Réseau externe

Le réseau externe est constitué des divers organismes avec lesquels le CSMP est en relation au niveau départemental ou régional avec :

DDASS (groupe Santé Mentale Précarité, Réseau Burgien Santé Mentale Précarité, PRAPS), ORSPERE, Commissions Locales d'Insertion, Autres (CHRS et résidences sociales).

A développer : Relations avec :

les ONG (MDM), dans les hôpitaux généraux non encore sensibilisés mais souvent sollicités par les CMP pour la prise en charge de la souffrance psychique ne nécessitant pas forcément une hospitalisation en psychiatrie, la CPAM.

3- Fonctions propres au CSMP

- Fonction de coordination,
- Fonction interface : Recevoir et répartir la demande extérieure, faire le lien avec les structures internes,
- Initiation d'actions et participation au niveau départemental (exemple : enquêtes, journée départementale),
- Organisation de formations (type ORSPERE),
- Lieu ressource, conseils, bibliographie,
- Initiatives diverses : formations IFSI, discussion sur l'instauration d'une rubrique psychosociale dans le dossier médical,
- Gestion du dispositif psychos RMI.
- Le C.S.M.P. se propose de rencontrer chaque secteur, intersecteur, dispositif au cours de l'année à venir. Il se tient à disposition de toutes structures (CMP, unités de soins). »

Programme du CSMP proposé à la CME en novembre 2001.

C'est donc seulement en novembre 2001, après plus de quatre années d'une lente maturation que, validé par la CME suite à cette présentation, le Carrefour Santé Mentale Précarité est reconnu par son autorité de tutelle. Il s'agence autour d'un programme qui comporte trois principes directeurs : (1) intervenir avec des « *cellules précarités* » qui idéalement pourraient « *descendre* » au niveau du CMP ou de l'unité de soins ; (2) coopérer avec la mise en place d'un réseau externe ; (3) organiser les activités du CSMP. Les deux premiers principes directeurs donnent à voir deux niveaux d'échelle territoriale autour desquels s'organise le CSMP : les « *cellules précarités* » qui correspondent à un « *intérieur* » de la psychiatrie (le secteur) ; le réseau sanitaire et social départemental et régional qui correspond à un « *extérieur* » de la psychiatrie. Le dernier principe directeur représente un niveau intermédiaire chargé d'organiser les points de passage entre l'intérieur et l'extérieur de la psychiatrie telle qu'elle est conçue au CSMP. Lors de la présentation de ce programme à la CME au mois de novembre 2001, Mr TABARY cherche à montrer que les deux premiers niveaux du réseau (interne et externe) ne sont qu'un simple support pour faire tenir un ensemble d'activités situées à visée clinique.

« Les personnes hospitalisées en intrahospitalier sont souvent en situation d'extrême précarité. Dans ces cas, les équipes de l'intra [hospitalier] sont en première ligne et doivent assumer le travail de première liaison avec l'extérieur (établir ou rétablir la trame du tissu social de la personne hospitalisée). »

Compte-rendu du GSMP du 14 mars 2000, p. 2. (C'est nous qui soulignons).

Nous avons vu qu'à l'origine du CSMP se situe la volonté de mailler les professionnels de la psychiatrie avec ceux du travail social. En même temps, ce maillage introduit une relation subtile entre la qualité du travail en réseau effectué et la qualité de la trame du tissu social des personnes en situation de précarité suivies par ces différents professionnels. « *Notre mission est une mission de psychiatrie publique* » rappelle souvent Mr TABARY « *ce qui nous importe c'est donc le devenir des personnes, nous ne devons pas nous décentrer du soin* »¹. Le réseau, qu'il soit professionnel ou institutionnel, est alors à comprendre comme étant un détour de cette mission. Il constitue en quelque sorte pour les cliniciens du CSMP le support de la clinique proposée dans le sens où c'est bien le réseau qui permet d'« *établir ou [de] rétablir la trame du tissu social* »². Et, toujours selon les cliniciens du CSMP, si cette logique rhizomatique est un support à la clinique c'est parce que la personne en situation de précarité

¹ Cahier de notes personnelles. Réunion plénière du CSMP, avril 2006.

² Compte-rendu du GSMP du 14 mars 2000, p. 2.

est à la fois le point de départ et le point d'arrivée de ce détour. Selon Mr TABARY, le mot réseau est alors « à entendre non pas au sens technocratique du terme, c'est-à-dire de multiples conventions, mais sous forme de maillage spontané par des personnes ou des institutions qui se connaissent. »¹ Il ne s'agit donc pas tant pour Mr TABARY de chercher à répondre à des « besoins », mais plutôt de tenter de traiter des « problèmes » (problèmes de rupture de liens liés à la précarité et à l'exclusion sociale, problèmes de communication entre les professionnels de la psychiatrie et du social, problème de santé publique) par la mise en œuvre de connaissances mutuelles, par un travail de reconnaissance interprofessionnelle.

II. Construction des attachements et des engagements des professionnels du CSMP : le réseau comme forme collective et publique d'intervention

1. La structure rhizomatique du CSMP

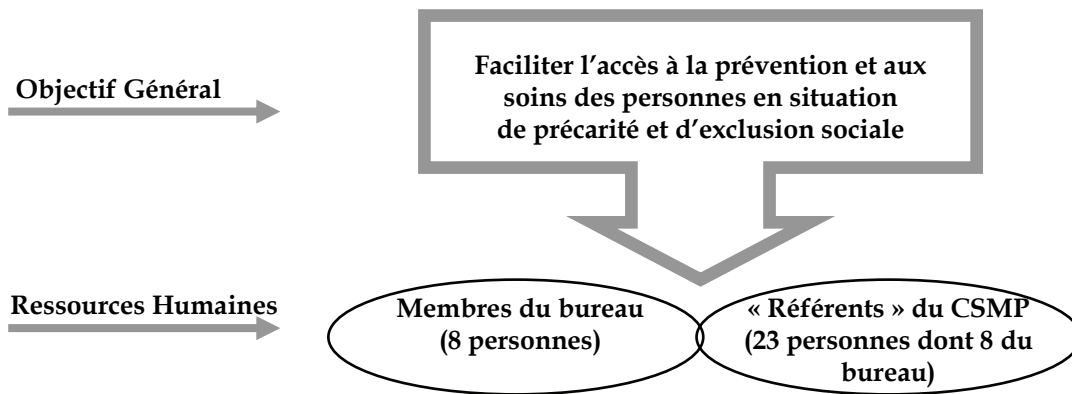
Au mois de janvier 2000, alors que le dispositif n'est pas encore reconnu par le CPA, le CSMP se met déjà au travail pour élaborer le document de référence du dispositif qui allait être présenté plus d'une année plus tard à la CME. Deux sous-groupes se constituent, sous-groupes qui prennent pour le premier, le nom de « *bureau du CSMP* » et pour le second, le nom de « *groupe de référents du CSMP* ».

En 2000, la composition du bureau se limite à deux personnes : Mr TABARY « responsable », et un psychologue Mr HUNTER « secrétaire ». Les référents constituent quant à eux un groupe qui a très rapidement pris de l'ampleur passant de huit à seize professionnels entre le début et la fin de l'année.

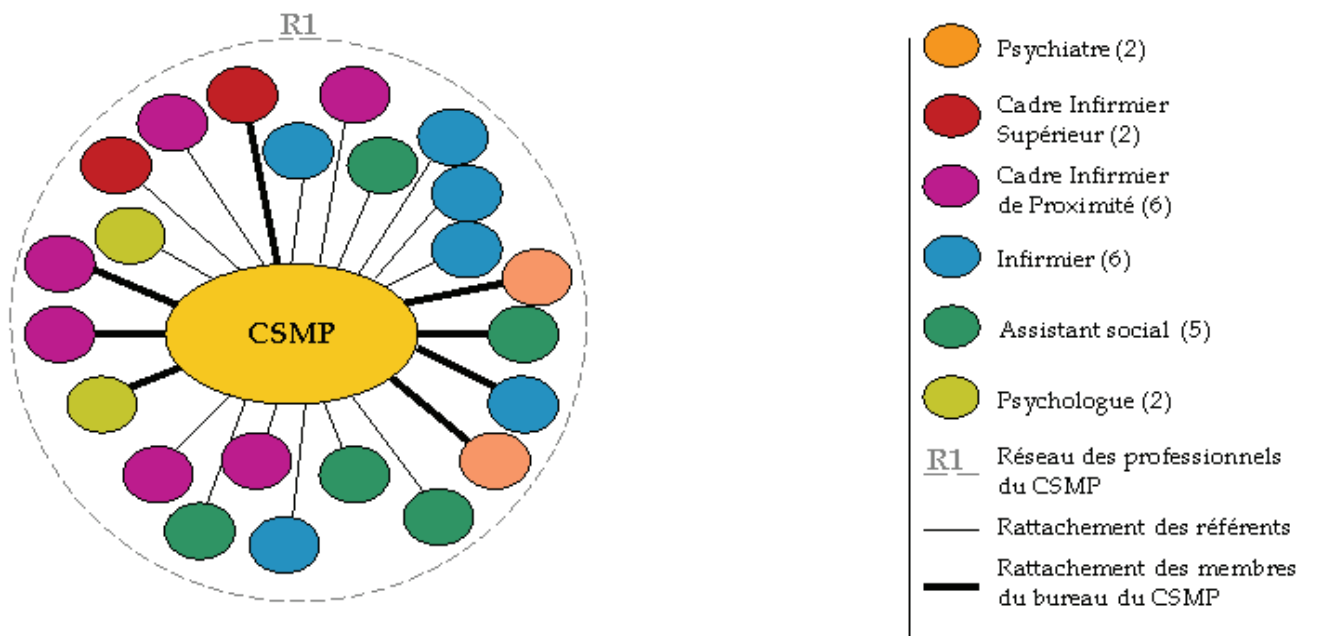
Le réseau des professionnels du CSMP

Le groupe des référents est d'emblée fondé sur la représentativité de toutes les professions du CPA, considérées comme participants au soin. En 2006, il y a six infirmiers, six cadres infirmiers de proximité (CIP), deux cadres infirmiers supérieurs (CIS), cinq assistantes sociales, deux psychologues, et deux psychiatres. Ces 23 professionnels sont tous « *référents du CSMP* », 6 d'entre eux ont également rejoint les 2 membres du bureau.

¹ « Programme du CSMP- Présentation à la CME » 30 novembre 2001, p. 14. C'est nous qui soulignons.

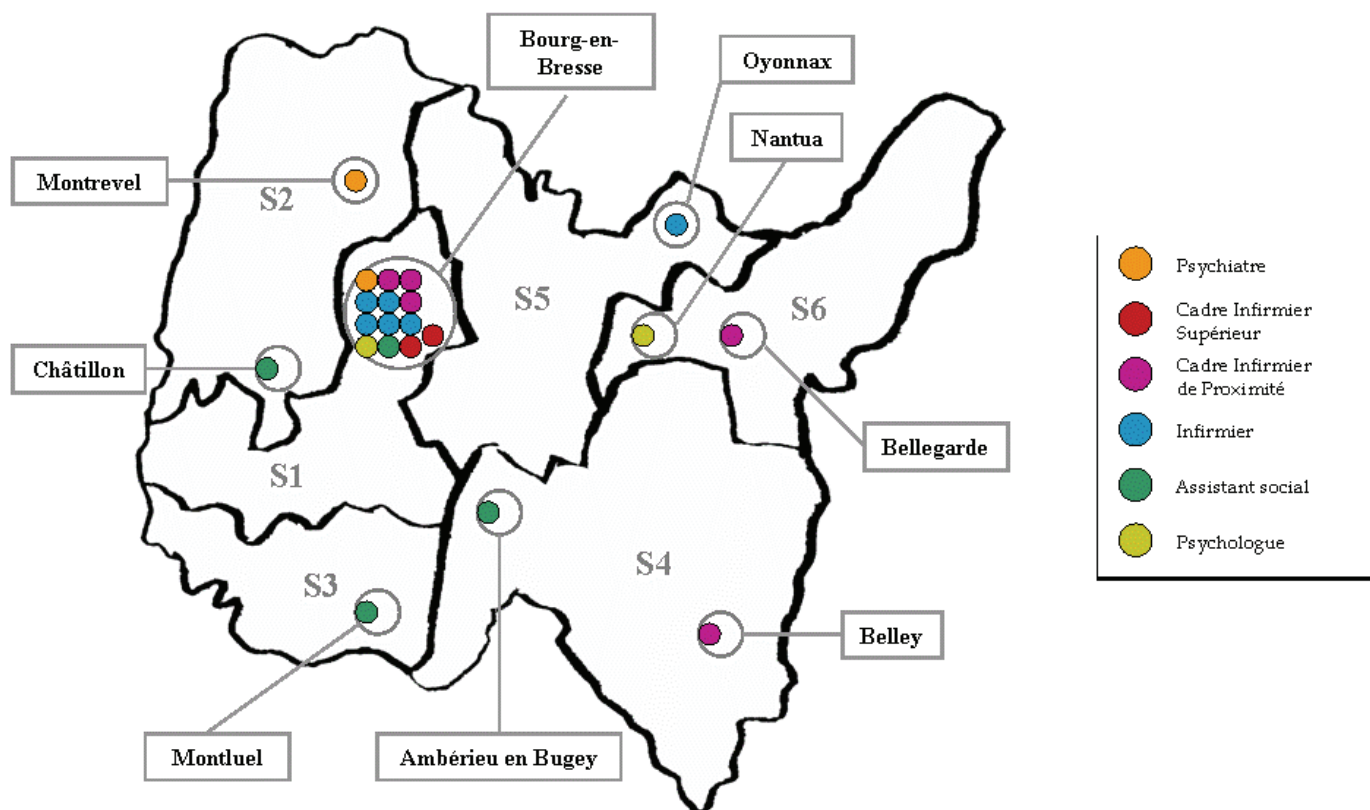


Organigramme du CSMP en 2006.

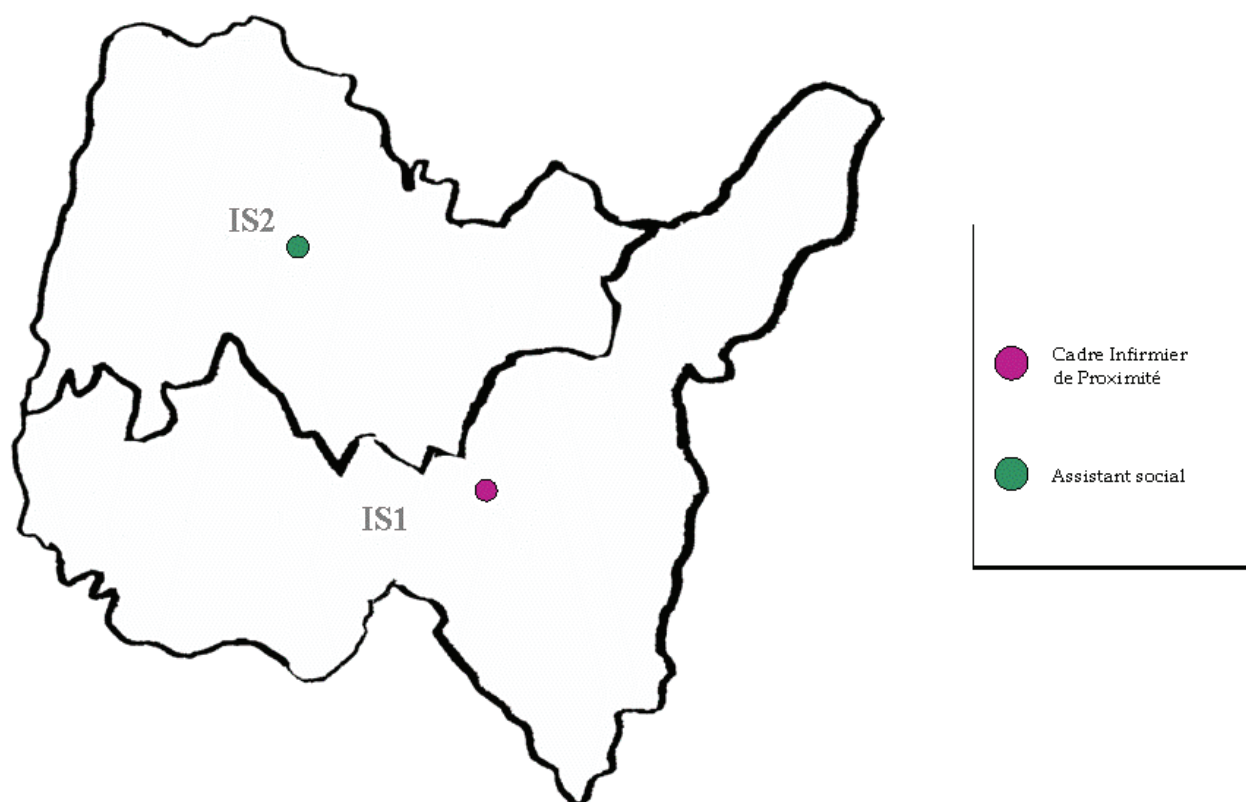


Le réseau des référents (R1) du CSMP par catégories professionnelles.

A travers ses référents, le CSMP est implanté dans l'ensemble du département de l'Ain. Il comprend un échelon fédératif, dont le bureau est à Bourg-en-Bresse, et des ramifications dans les secteurs et intersecteurs psychiatriques du département.



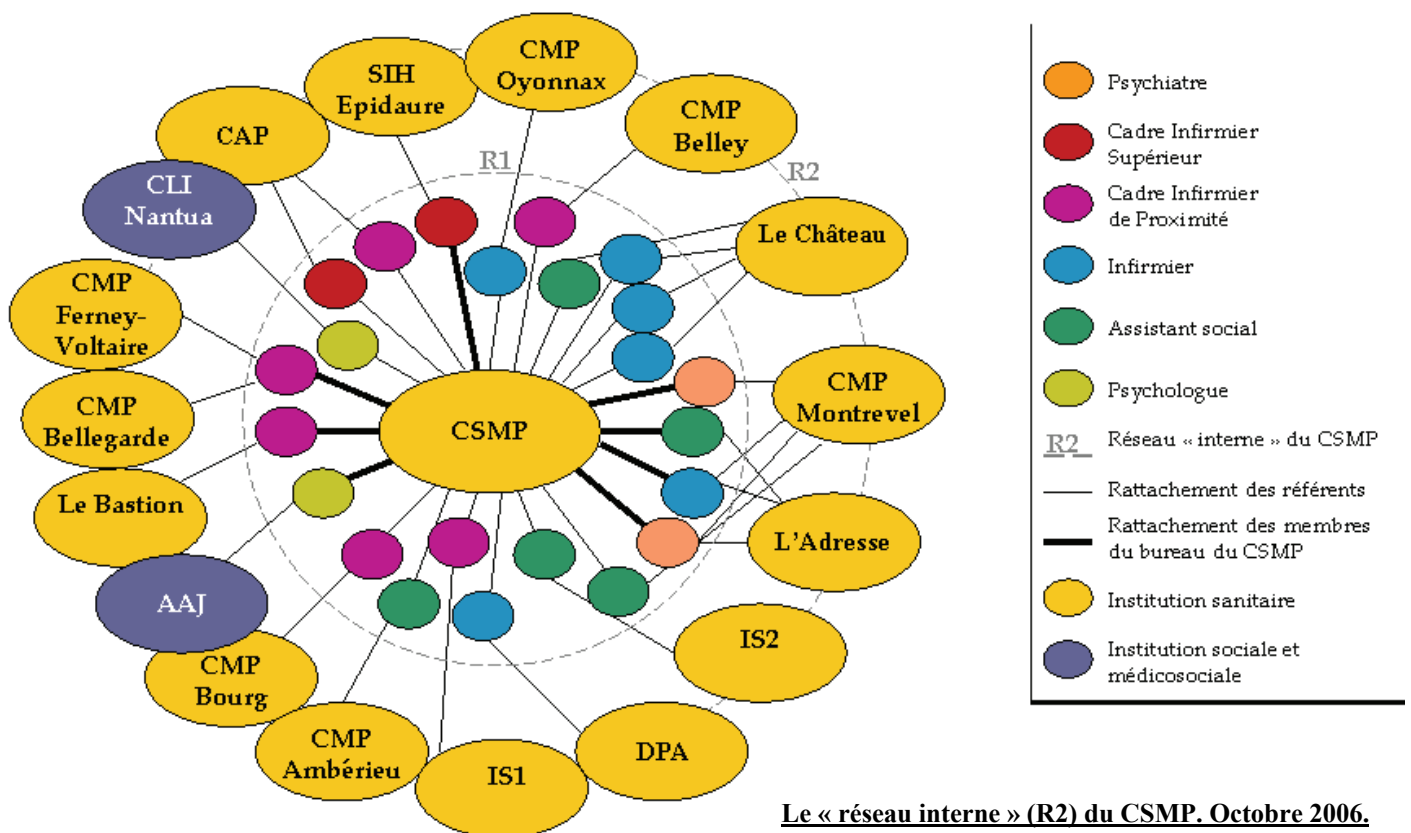
Répartition des référents du CSMP par secteurs psychiatriques du département de l'Ain.



Répartition des référents du CSMP par intersecteurs psychiatriques du département de l'Ain.

Le réseau des institutions

Chaque référent est dans son secteur psychiatrique rattaché à une, voire plusieurs institutions sanitaire, sociale, ou médicosociale. Ces institutions peuvent être des Centres Médico-Psychologiques (CMP), des hôpitaux de jour (Le Bastion, l'Adresse, Le Château), des services intrahospitaliers (Département Personnes Agées – DPA, Intersecteurs 1 et 2, Epidaure, Centre d'Accueil Permanent – CAP), une association rattachée au CPA (Aide Accueil aux Jeunes – AAJ), une Cellule Locale d'Insertion (CLI). Ce réseau de rattachements institutionnels constitue donc le « *réseau interne* » du CSMP, il se modifie en fonction du recrutement ou des départs des référents.

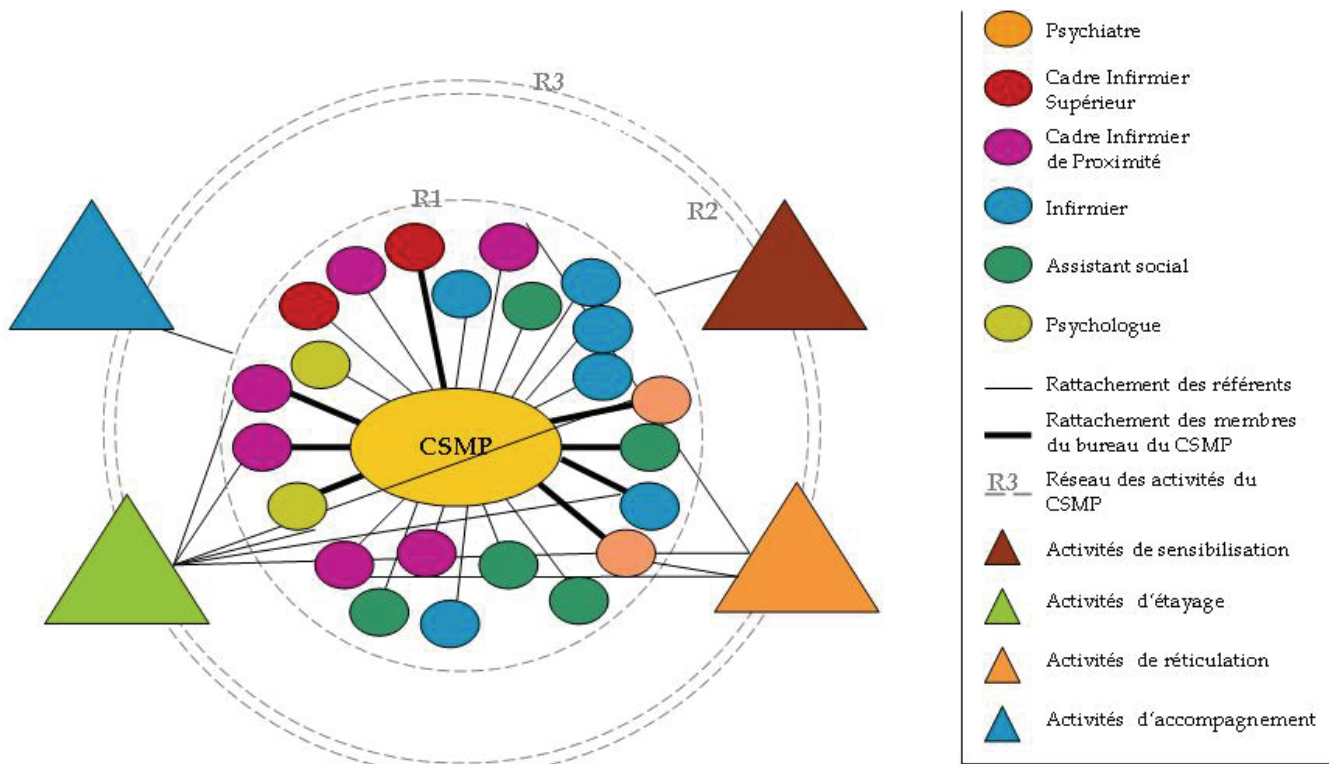


La composition de ce réseau, représentative des diverses professions travaillant en psychiatrie et du maillage territorial de la psychiatrie publique, rend compte d'un double déploiement des forces : un déploiement intrahospitalier de la psychiatrie vers le champ plus global de la santé mentale ; un déploiement extrahospitalier avec une reconfiguration du secteur psychiatrique intégré dans le tissu sanitaire, médico-social et social du département. A ces deux formes de déploiement, correspondent deux types d'instances : les « *réunions plénières* » qui réunissent les référents, et les « *réunions bureau* » qui réunissent les membres du bureau et les référents souhaitant prendre part aux réflexions d'ordre plus stratégique concernant les activités du CSMP.

Le réseau des activités du CSMP

Afin de répondre à son objectif général (« faciliter l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité et d'exclusion sociale »), le CSMP a progressivement élaboré tout un ensemble d'activités, sous forme de projets ou de dispositifs. Ainsi, nous avons pu établir une seconde cartographie¹ des rattachements des référents à ces activités. Quatre types d'activités ont pu être dégagés de nos analyses :

- les activités de **sensibilisation** : il s'agit de sensibiliser les professionnels sanitaires et sociaux du CPA à la clinique de la précarité ;
- les activités d'**accompagnement** : il s'agit de favoriser la prise en charge et l'accompagnement aux soins des personnes en situation de précarité et d'exclusion sociale ;
- les activités d'**étayage** : il s'agit d'étayer des échanges de pratiques entre professionnels de structures d'hébergement et professionnels du CPA ;
- les activités de **réticulation** : il s'agit d'appuyer la mise en œuvre de réseaux institutionnels locaux traitant de la problématique « santé mentale précarité ».



Le réseau des activités (R3) du CSMP.

¹ Cette cartographie a été effectuée à partir de l'analyse des 68 comptes-rendus de réunions plénière et bureau s'étalant sur la période janvier 2000 à décembre 2005 (analyse cartographique qui a été placée dans les annexes du chapitre 1) ainsi que de l'analyse transversale des comptes-rendus des années 2006, 2007, 2008. Le détail de chacune de ces activités sera l'objet du chapitre 2.

2. L'engagement des professionnels du CSMP : des cliniciens entrepreneurs d'action publique

En 2006, tous les référents sont impliqués par les activités d'accompagnement et de sensibilisation. Le reste des activités est distribué selon le principe du volontariat. Chaque référent est libre de négocier ou non avec son supérieur hiérarchique (qui n'appartient pas forcément au CSMP) le dégagement d'un temps pour participer aux activités du CSMP.

Rattachement volontaire ou subordonné au dispositif CSMP

De 2006 à 2007, quatre membres du bureau disposent d'un temps spécifique « CSMP », selon la répartition en Equivalent Temps Plein (ETP) suivante :

- Mr TABARY, médecin psychiatre, responsable du CSMP : 0,50 ETP (dont 0,25 affecté réellement¹).
- Mr BLANC, cadre de santé supérieur : 0,10 ETP.
- Mme POTTER, cadre de santé de proximité : 0,20 ETP.
- Mr HUNTER, psychologue clinicien : 0,22 ETP.

Le temps de travail des autres référents ne correspond pas à un temps spécifique alloué au CSMP, il est pris sur leur temps de travail dans leur institution de rattachement. L'ensemble du temps de travail des référents qui n'ont pas de temps spécifique CSMP correspond à 0,53 ETP, toutes professions confondues.

Nous avons observé deux modes d'entrées au sein du CSMP : le rattachement volontaire et le rattachement subordonné.

Le rattachement volontaire

Le principal mode d'entrée dans le dispositif CSMP correspond pour la plupart des référents à celui du rattachement volontaire. Tout professionnel du CPA peut formuler une demande afin

¹ La moitié du temps alloué par l'institution au responsable du CSMP pour travailler dans ce dispositif est en effet consacré à un autre dispositif qui s'intéresse à l'accompagnement des personnes psychotiques chroniques sur la ville de Bourg-en-Bresse (dispositif appelé « L'Adresse »).

de participer aux activités du CSMP. Cette demande est ensuite traitée d'une part par la hiérarchie dont relève le professionnel et d'autre part par le responsable du CSMP.

Si Mr TABARY accepte toutes les demandes qu'il reçoit, concernant la hiérarchie l'acceptation de la demande dépend de la « disponibilité » de l'institution tant en termes de temps qu'en termes de considération de l'intervention du CSMP. Un certain nombre de psychiatres chefs de secteur et/ou de service continuent en effet de penser que la « précarité » est une notion qui n'existe pas, ou qui ne devrait pas exister, en psychiatrie publique¹. Il est ainsi souvent répondu aux infirmiers qui dans ces secteurs formulent une demande de rattachement au CSMP que la priorité est donnée au traitement de la psychose et que s'ils veulent s'intéresser à une « *problématique sociale* », ils n'ont « *qu'à changer de travail* » voire « *devenir assistante sociale* »². Ces résistances se retrouvent également renforcées du fait que l'intervention proposée par le CSMP est généralement perçue comme étant assez floue par les nouveaux référents, et donc d'autant plus par leur responsable institutionnel.

« Alors quand je suis arrivée au CSMP, j'avais beaucoup de mal à mettre des mots sur ce qu'on nous demandait de faire à nous les référents. En fait, il nous a fallu définir ce que c'était que la précarité. Pour moi, les choses n'étaient vraiment pas claires : qu'est-ce que ça voulait dire ? Pourquoi c'était à la psychiatrie de s'occuper de ça ? J'étais attirée par cette problématique mais comment s'en occuper ? Qu'est ce que ça voulait dire d'être référente dans un secteur ? Au début, j'ai eu du mal avec ça parce que le Dr TABARY ne nous l'explique pas lorsqu'on arrive. Donc voilà, moi j'ai eu un long temps d'adaptation, et puis progressivement, une fois que je m'y suis collée et, surtout, une fois que le poste de l'assistante sociale chez nous au CMP a été supprimé, et aussi parce que ça m'intéresse d'ouvrir les portes du CMP, je suis allée vers les partenaires sociaux. Progressivement, c'est donc ma volonté à moi qui a fait les choses. Je suis allée à la circonscription et il y avait la CTLI [Commission Technique Locale d'Insertion]. Du coup, ils m'ont vue arriver et on a discuté. Maintenant je fais partie intégrante du système et ça donne pour elles [les professionnels de la circonscription, généralement des femmes] un appui sur le plan médical. Parce que c'est vrai qu'elles avaient les portes fermées au niveau du CMP, le Dr LECLERC ne veut pas entendre parler de précarité. Les orientations médicales ne sont pas du tout dans cette optique là, pour lui il n'y a que la psychose. Du coup, pas de contact avec le social et ce

¹ Les observations faites par l'ORSPERE en 2000 (cf. supra) continuent, en 2007, à être d'actualité dans certains secteurs.

² Ces propos quelque peu abrupts ont été rapportés à plusieurs reprises dans le cadre des réunions plénières par des infirmières dont certaines collègues souhaitaient participer aux activités du CSMP.

même en termes de renseignements pour l'orientation des patients. C'est quand même grave. C'est donc petit à petit que j'ai pu négocier le fait de travailler avec les partenaires sociaux, et finalement je crois que c'est parce qu'il n'y avait plus d'assistante sociale au CMP qu'il a accepté, un peu obligé.» (Mme PARTSON, cadre infirmier de proximité, référente du CSMP).

Les motivations qui poussent les candidats à devenir référents au CSMP se heurtent à de nombreuses contraintes institutionnelles qui mettent à l'épreuve leur engagement. Pour autant, recherche de réflexivité et de prise de distance par rapport à leur pratique, désir de travailler en équipe pluridisciplinaire et d'ouverture intellectuelle constituent autant de motivations qui leur permettent de tenir dans leur institution. *« Je dirais que ce qui m'intéressait au départ au CSMP, c'est cette vraie volonté de parler de la clinique. C'est à dire du fond, de la pathologie, de la personne, et d'avoir un regard pluridisciplinaire entre médecins, infirmières, psychologues, assistantes sociales, infirmières cadres, enfin tous ces gens qui font partie du Carrefour. Donc au départ c'était ça. Souvent avec l'équipe infirmière, on parle des symptômes, de la forme des choses, par exemple la façon dont il se comporte dans le service. C'est important mais on ne redémarre pas de sa pathologie et du stade où il en est à un moment T. Donc en fait le Carrefour Santé Mentale Précarité, au moment des échanges et de présentation de cas cliniques, il y a un vrai échange sur le plan clinique, c'est ma récréation intellectuelle, sur le plan schématique mais pour moi c'est ça. [...] le carrefour nous donne des ouvertures sur d'autres domaines dans lesquels, je n'aurais pas été capable de me débrouiller. Aujourd'hui, sur le plan social, à force d'entendre parler de différents réseaux, etc., je sais ce que ça veut dire, ce qu'ils peuvent faire, comment ils peuvent le faire. Ca ne me donne pas une compétence professionnelle pour autant, je ne serais pas capable d'être assistante sociale par exemple. Ca me donne une ouverture intellectuelle qui peut toujours me servir dans ce que j'ai à faire. Je n'ai pas la compétence en tant que telle, j'ai la capacité. Je différencie ça comme ça, c'est-à-dire être capable de, de comprendre et de faire, d'aider quelqu'un, mais je ne suis pas assistante sociale pour autant. [...] Je trouve qu'être professionnel, quel que soit le professionnel, c'est utiliser ses compétences dans son champ propre, mais toujours, toujours à l'écoute des autres, en prenant la place de personnes mais de se réunir autour d'un patient. [...] Dans le service, les réunions ce n'est pas la même chose. On parle des chroniques enfin, ceux qui sont pris en charge au CATTP, ça fait euh quelque temps qu'ils sont pris en charge donc forcément, parfois il faut un œil neuf ou repenser ça veut dire, voilà on reprend l'histoire depuis le début, l'anamnèse, l'histoire familiale, pour dire ben voilà on a oublié de dire ça. Ca arrive aussi parfois lorsqu'il y a des*

étudiants qui font des démarches de soins et qui nous font repointer certaines choses qu'on oublie parce qu'à force d'habitude, de fonctionnement quotidien, on oublie de repointer les choses, d'où l'intérêt des cas cliniques au Carrefour car ce sont des cas que je ne connais pas donc la présentation est importante, selon l'interlocuteur. Et puis surtout le regard pluridisciplinaire autour de ce patient là fait qu'en fait il y a des abords différents, de soin en fait, ça c'est important. » (Entretien individuel avec Mme PARTSON).

Selon Mme PARTSON, pour être « juste » et « bien faire son travail », la norme aujourd'hui (les « il faut ») consiste à s'adresser à autrui en tant que « personne », ce qu'affirme également Mr TABARY : « Les choses ont bien avancé depuis 95 avec le rapport Lazarus. Avant, il fallait accompagner le patient dans sa souffrance. Aujourd'hui, il faut reconnaître l'individu en tant que personne. »¹

Les référents du CSMP sont particulièrement attachés au fait qu'ils aient un passé commun, soit comme anciens collègues de travail², soit qu'ils aient en partage des activités extraprofessionnelles. La plupart des référents mentionnent une ambiance sympathique leur procurant reconnaissance et épanouissement personnel. « *Le CSMP est pour moi un lieu de ressource intellectuelle avec des personnes avec qui on s'entend bien. Avec Jeanne [Mme POTTER], Patrick [Mr CHASSEPOT], c'est du plaisir, on se connaît par ailleurs. Avec Patrick, on a appris à se découvrir, c'est quelqu'un que j'aime bien. Jeanne, je l'a connaissais d'avant parce qu'elle a bossé à Ambérieu, on a été collègues, elle a été pour moi un vrai pair, c'est à dire quelqu'un qui peut avoir les mêmes difficultés que moi en tant que cadre, quelqu'un qui peut entendre les miennes. Non, le CSMP c'est du bonheur, et heureusement. Tout en faisant du bon boulot, je crois que dans tout ça, justement parce qu'il y a une bonne ambiance et qu'on se connaît bien, c'est qu'on a une capacité de faire ce qui est à faire aussi.* » (Entretien individuel avec Mme PARTSON). Ou encore, « *Le CSMP c'est pour moi la seule instance de réflexion pluriprofessionnelle et intersectorisée du CPA. On a une liberté et une égalité de parole qu'on ne retrouve pas partout. On ne se sent pas jugée et en plus on s'entend bien au niveau du bureau. [...] Je trouve que le mode de fonctionnement du CSMP est proche de celui d'une association. [...] On retrouve au CSMP une richesse de réflexion entre nous mais aussi grâce aux invités extérieurs qu'on n'a nulle part ailleurs. [...]*

¹ Extrait du cahier de notes personnelles. Mr TABARY lors de la journée du 31 mai 2007 organisée par le CSMP sur le thème de « L'impassé psychosociale ».

² Quasiment tous les membres du GSMP initiateurs du CSMP étaient des anciens collègues de travail de Mr TABARY. Par la suite, le même processus d'inclusion par affinité a fait venir d'autres professionnels dans le dispositif.

Ce qui est intéressant aussi c'est que j'utilise ce que j'apprends au CSMP dans ma pratique avec les patients qui ne sont pas forcément dans la précarité, par exemple par rapport à la non demande ou la demande croisée. C'est parfois des patients psychotiques ou parfois des personnes qui arrivent dans l'urgence. Les réflexions qu'on trouve au CSMP permettent de garder le lien avec le patient. On est beaucoup plus dans la proximité et on reconnaît mieux la problématique des personnes. A Chatillon par exemple, on parle de la précarité depuis que je suis au CSMP, avant on en parlait pas. » (Entretien individuel avec Mme LECONTE, assistante sociale, membre du bureau du CSMP).

Lors de ces échanges interprofessionnels, il ne s'agit pas comme le précise Mme PARTSON de mettre tous les professionnels sur le même plan et de confondre les missions des uns et des autres. La présence de niveaux hiérarchiques différents dans le regroupement ne traduit pas une volonté de nier la hiérarchie.

Le rattachement subordonné

Si chacun peut, comme nous venons de le voir, sur le mode du volontariat se rattacher au CSMP, tout supérieur hiérarchique peut également demander à un professionnel du CPA d'échelon inférieur de participer aux activités du CSMP. L'organisation des deux principales lignes hiérarchiques (paramédicale et médicale) de l'hôpital est établie de la manière suivante :

- 1- Hiérarchie paramédicale : infirmier < cadre infirmier de proximité < cadre infirmier supérieur < directeur des soins paramédicaux.
- 2- Hiérarchie médicale : assistante sociale ou psychologue < médecin-chef de secteur/service < directeur des soins médicaux.

« Nous n'avons pas tous les mêmes fonctions au CSMP et c'est important de les distinguer. Chacun a sa mission et on doit respecter la spécificité de chaque professionnel. D'ailleurs c'est pour ça qu'à chaque fois qu'une personne part du CSMP, on la remplace par une autre personne qui a la même fonction. Lorsque ma collègue est partie du CSMP en 2003, elle a été remplacée par un autre cadre infirmier. Au départ, il était motivé mais il n'est resté qu'un an et demi et c'est vrai qu'il n'est pas arrivé à s'investir. Il a donc demandé à arrêter. C'est pas dans la politique de notre secteur actuellement de donner beaucoup d'importance à la précarité... c'est comme ça. Il n'y a pas de rejet, c'est pas ça mais c'est vrai qu'il y a d'autres priorités, il y a beaucoup de choses. Lorsqu'il est parti, notre médecin-chef et notre

cadre supérieur voulaient que ça soit un cadre de proximité qui continue à aller au CSMP, ils m'ont donc demandé d'y aller. Au début, ce n'était pas évident parce que je venais d'arriver au CMP et c'est juste quelques mois après qu'ils m'ont demandé d'aller au CSMP. Il y avait plein de choses nouvelles pour moi et j'y suis allée mais pas en m'impliquant complètement parce que c'est vrai que ça faisait beaucoup de choses nouvelles en même temps. Voilà, et donc maintenant ça fait un an et demi que j'y suis. Deux ans au CMP et peu de temps après au CSMP. [...] Donc c'est vrai que c'est un petit peu par hasard... Que je suis arrivée un peu forcée au CSMP mais je pense que quand même c'est important et je reconnais aussi l'importance peut être que ce soit le cadre qui soit impliqué. On est plus porteur et on peut plus mobiliser... parce que l'on a plus affaire au réseau et aux travailleurs sociaux. » (Entretien individuel avec Mme JOLITOILE, cadre infirmière de proximité, référente au CSMP). Ou encore : « Je n'ai pas choisi de venir au CSMP. Je suis arrivée au CPA en 99 et au collège médical qui a lieu tous les mois au CPA, était discuté la participation au CSMP qui ne s'appelait pas comme ça d'ailleurs [c'était le GSMP] mais qui faisait déjà partie du Plan d'établissement. Je me souviens le Dr TABARY a dit « il faudrait que ça soit représentatif de tous les gens qui travaillent, il faudrait donc un médecin. » La présidente de la CME s'est alors tournée vers moi, et elle m'a dit « ça ne fait pas longtemps que tu es au CPA, ça serait bien que tu t'occupes de quelque chose... ». Je n'avais pas tellement d'éléments pour dire non, alors j'ai demandé qu'est-ce que c'était ? en quoi consisterait mon rôle ? « On t'expliquera, m'a t elle répondu ». Donc au départ, je n'ai pas choisi de venir au CSMP mais très honnêtement, ensuite c'est quelque chose qui m'a vraiment intéressée et ça ne m'a pas posé problème de continuer jusqu'à aujourd'hui. » (Entretien individuel avec Mme ROUX, psychiatre, membre du bureau du CSMP).

Le rattachement subordonné se fait en général à la demande de Mr TABARY. Il lui arrive en effet de solliciter parfois une candidature lorsque les activités du CSMP se déploient dans telles ou telles formes d'action ou lorsqu'un référent quitte le CSMP. Le recrutement des futurs référents s'effectue alors au nom de leurs compétences personnelles (savoir-faire professionnels, par exemple : capacités d'accueil, d'écoute, de gestion de crise), de leur capital social mobilisable (telle personne travaille également à la Maraude, ou est en contact avec ATD quart monde), ou en vertu de leur capacité « naturelle » de médiation. La priorité est également donnée aux potentiels réseaux de la personne permettant d'étendre l'activité de réticulation du CSMP. Du fait à la fois de son « ancienneté » au sein du CPA et de son statut,

Mr TABARY est le seul professionnel du CSMP possédant l'autorité nécessaire pour faire aboutir une demande de rattachement subordonné. Car bien souvent, la demande de détachement d'un professionnel d'un secteur ou d'un service provoque, comme nous l'avons vu plus haut, de vives résistances directement en lien avec l'intérêt que porte le chef de service/secteur à l'intervention du CSMP.

De plus, tous les professionnels du CPA n'ont pas les mêmes marges d'autonomie dans leur travail, marge qui leur permet de libérer plus ou moins de temps pour se consacrer aux activités du CSMP. Un infirmier par exemple dépend bien souvent plus de « son » cadre de proximité que ce dernier ne dépend de « son » cadre supérieur pour définir ses tâches quotidiennes. L'infirmier aura donc plus de difficultés que le cadre de proximité pour détacher du temps afin de participer aux activités du CSMP : *« Nous, on peut facilement se libérer quelques heures par mois pour participer à telle ou telle activité du CSMP. Ca ne tient qu'à nous de nous organiser ensuite pour rattraper le travail qui a à faire. Par contre, pour les infirmières c'est plus compliqué. Avec le manque d'effectif qui devient chronique, j'arrive de moins en moins à pouvoir les libérer pour leur permettre de venir ici, c'est dommage mais c'est comme ça. »* (Entretien individuel avec Mme DUJARDIN, cadre infirmière de proximité, référente au CSMP).

S'affranchir de l'institution psychiatrique : un souci de réflexivité et de contextualisation

« Le CSMP permet de repenser le projet du patient. Il arrive qu'on élabore alors un nouveau projet. Du coup peut-être que le soin est pensé différemment et peut-être qu'on aborde le patient autrement. Au CSMP, ce n'est pas une seule façon de penser la prise en charge, par toujours le même médecin, toujours la même infirmière, comme on le voit dans les services. On peut pratiquement tout dire sans être jugé. Par exemple, on peut dire sans crainte de jugement qu'on n'a pas vu telle ou telle chose ou qu'on n'y a pas pensé. Parfois c'est juste de repenser le traitement tout simplement, en disant « ben voilà, il a des complications, il vieillit, il a moins besoin ou il n'a plus besoin d'un certain produit, etc. » Donc c'est une réélaboration complète de la prise en charge que nous faisons ensemble à partir de nos méthodes de travail. C'est une démarche qui est plus juste, je pense que ce que nous faisons d'habitude. [...] Paradoxalement, du moins ça peut sembler paradoxal mais ça ne l'est pas en fait, au Carrefour, on repense la problématique de la personne souvent plus en termes de pathologie qu'on ne le fait dans les services. Ca c'est intéressant quand même. Dans les

services aujourd'hui, c'est surtout une prise en charge du quotidien, d'un fonctionnement, d'un accompagnement mais pas forcément du fond des choses. [...] Le fond des choses pour moi c'est la pathologie bien sur, mais la pathologie comprise comme une structure de pensée. On peut dire qu'un tel est psychotique mais si on ne dit que ça, on ne va pas avancer. Par contre si on cherche à comprendre vraiment là où il en est, à quel stade il en est, qu'est ce que ça veut dire pour lui d'en être là, est-ce qu'il est prêt à élaborer quelque chose avec nous, avec les capacités qu'il a aujourd'hui sur le plan cognitif, etc., alors on voit les choses de manière globale. C'est dans ce sens là que le CSMP nous permet de travailler et de revoir nos pratiques dans les services. » (Entretien individuel avec Mme PARTSON).

Les référents du CSMP semblent s'inscrire dans une certaine quête de liberté et d'ouverture qui consiste à contextualiser leur pratique en allant à la rencontre d'autres professionnels du soin. Cette quête passe par des espaces de réflexivité où ils peuvent faire l'expérience à la fois d'être eux-mêmes (parler en son nom propre dans les espaces dialogiques offerts par le CSMP) et d'avoir un esprit critique sur leurs pratiques (ce qui suppose de prendre distance d'avec sa situation personnelle). Ce double mouvement de publicisation et d'objectivation de soi participe alors à la « déconstruction » de leurs rattachements institutionnels, autrement dit à une sorte d' « affranchissement » vis-à-vis de l'institution psychiatrique¹. Ils trouvent dans l'espace de réflexivité offert par le CSMP, les moyens de prendre la distance critique nécessaire à l'objectivation de leur situation que cela soit à un niveau institutionnel ou au niveau de la relation d'aide elle-même. « *Aujourd'hui, on ne parle que de faire des projets et de monter des réseaux. L'autre jour, j'ai lu une étude sociologique qui montre qu'à force de placer le patient au centre du réseau, on l'étouffe. Ça c'est un risque auquel on a affaire ici au CSMP. Au CMP en revanche c'est un autre problème. On sent bien que ces gens ont besoin de temps, il leur faut du temps. Alors que nous, c'est l'inverse, on doit proposer une action, on doit aller vite, on a des contraintes administratives, on doit faire des contrats.* »².

¹ Le terme d'affranchissement est emprunté à Jacques ION : « Ce terme fait d'avantage partie du vocabulaire politique que de celui de la sociologie. Il renvoie ordinairement, comme celui de l'émancipation, à un processus de libération par déprise d'avec les sujétions originelles, processus davantage côtoyé que conquis par celui qui en est alors considéré comme l'objet. Or d'une part, l'usage que nous en faisons n'implique nullement que nous envisageons ce processus de sortie de certaines formes d'attachements comme le résultat d'une intervention extérieure ; mais d'autre part, il ne s'agit pas pour autant de considérer ce même processus, sous l'angle d'une philosophie politique du Progrès, comme le résultat d'une conquête inscrite dans ce qui serait une histoire de la libération de l'esprit humain. » ION J., (2001), *op. cit.*, p. 23-24.

² Propos de Mme LECONTE, assistante sociale, référente au CSMP. Réunion plénière octobre 2007.

« Dans notre service, on essaie d'avoir une approche globale de la personne. Ce n'est pas que la santé mais le social aussi. Et là, le CSMP m'apporte beaucoup car au CMP on n'a pas le temps de s'y intéresser. Il y a une différence entre la psychiatrie qui serait essentiellement le traitement des psychoses et la santé mentale qui serait plus large, avec le social, la famille, tout l'environnement de la personne. C'est important pour moi de trouver du sens dans ce que je fais. Du coup, j'essaie de travailler ici [au CMP] ce qu'on fait au carrefour, autour de quelle est notre intention dans le soin ? Comment est-ce qu'on peut-être moins dans le faire et plus dans le soin ? Comment est-ce qu'on peut être dans la réflexion de ce que l'on fait ? [...] Avant on faisait beaucoup plus de visites à domicile. Maintenant, il y a plus d'entretiens de première intention et ensuite on oriente les gens. Du coup, on a besoin de plus de temps de réflexivité, de groupes de supervision, d'analyses de la pratique, de réunions cliniques, de temps informel où simplement on discute autour du café... en théorie, il faudrait tout ça, les équipes en ont besoin de plus en plus. Le CSMP permet de nous aider à penser ces questions. Heureusement qu'on arrive encore à trouver du temps pour y aller, mais ça va être de plus en plus dur avec les restrictions budgétaires qu'ils annoncent. » (Entretien individuel avec Mr CHASSEPOT, cadre infirmier de proximité, référent au CSMP.)

Alors qu'autrefois, les professionnels de la psychiatrie étaient rattachés à des systèmes d'appartenance institutionnelle dont l'émancipation de l'intervention, référentielle et organisationnelle était difficile voire impossible¹, il semble aujourd'hui avoir la possibilité de s'en affranchir en se rattachant à des dispositifs/projets plus proches de leur conviction en tant que personnes. Le référent ne semble alors pas avoir d'autres possibilités que de devenir un « entrepreneur d'action publique » tel que le décrit Gilles JEANNOT c'est-à-dire qu'il va « bousculer la division du travail administratif et [...] retourner les contraintes réglementaires en autant de ressources à mobiliser dans la perspective du retour à la vie normale d'individus singuliers. »² Il s'agit en quelque sorte de passer d'une situation où les personnes en situation de précarité sont ballottées, comme des « patates chaudes »³, d'institutions en institutions et d'aides en aides, à un ordonnancement de cette offre publique au service d'un parcours individuel. Pour ce faire, il faut devenir entrepreneur d'action sociale, c'est-à-dire composant

¹ Cf. notamment à ce propos GOFFMAN E., (1968), *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Les Editions de minuit.

² JEANNOT G., (2005), *op. cit.*, p. 33-34.

³ Le terme « patates chaudes » fait référence au propos de Jean FURTOS qui a fait de cette problématique à la fois une légitimation et une compréhension de la clinique psychosociale (2000a), principal corpus doctrinal mobilisé par les référents du CSMP (cf. chapitre 2).

des ressources, plus que bureaucrate appliquant des règles¹. Ainsi par exemple, pour Mr TABARY « *un SDF qui arrive dans un CMP, comme dans un CHRS parce qu'il a besoin de parler tout de suite, on ne peut pas lui dire revenez dans quelques jours, semaines voire quelques mois. Il faut l'accueillir tout de suite.* » Il s'agit pour les référents du CSMP d'offrir à la fois une disponibilité d'écoute mais également une disponibilité pratique, ce qui sous-entend une réorganisation préalable du service (ici pour réaliser dans l'urgence des entretiens de première intention). De plus, idéalement selon Mr TABARY il faut offrir, au moment opportun, toute une gamme de ressources rendues disponibles par l'un ou l'autre des multiples dispositifs de soins et/ou d'insertion (par le logement, l'emploi, les aides financières)². Nous retrouvons alors au CSMP l'idée émise par Gilles JEANNOT qu'« accompagner » une personne c'est alors s'investir dans la machine bureaucratique pour que ce ne soit plus la personne qui s'inscrive dans la routine administrative mais les moyens qui soient mis à sa disposition.³ Si les référents jouent le jeu de l'institution, pour autant cette nouvelle forme de collectif n'est plus imposée du sommet à la base, elle semble s'élaborer à partir des engagements personnels et des biographies individuelles. « *Les échanges avec les autres professionnels du CSMP permettent de nous connaître en dehors de la relation hiérarchique de l'institution. Depuis que je suis au carrefour, c'est-à-dire depuis le début, je vis beaucoup moins par procuration du milieu médical. On est souvent tiraillé entre les différents médecins du service. Par exemple moi j'en ai un qui dit sans arrêt « il faut faire » et l'autre à l'inverse qui reste campé sur « il faut penser ». Et nous on est au milieu. C'est bizarre. Mais avec le carrefour, je me recentre plus sur mon travail alors qu'en même temps j'ai une vision beaucoup plus élargie de ce que font les autres. J'évite d'avoir un seul regard car c'est mortifère. Un jour, un patient m'a dit que je parlais comme Chirac ! En fait mon discours était tellement standardisé que je ne m'en rendais plus compte, et il a fallu que ce soit un patient psychotique qui me le rappelle ! Le carrefour nous permet de repenser ce genre de chose et du coup d'essayer de voir ce qui est important pour nous, bien au-delà des problèmes de hiérarchie. Je crois que je peux dire qu'en fait le carrefour a contribué à revaloriser mon identité professionnelle. [...] Par ailleurs, je suis engagée dans pas mal d'associations dont une association culturelle autogérée qui fait du théâtre en plein air. Je m'investis beaucoup dans des projets participatifs qui mélangent des usagers, des professionnels et des bénévoles. J'ai travaillé avec l'association « vivre en ville » par*

¹ JEANNOT G., (2005), *op. cit.*, p. 33.

² Entretien individuel avec Mr TABARY.

³ JEANNOT G., (2005), *op. cit.*, p. 34.

exemple qui est un prolongement de l'UNAFAM. Pour moi, la psychiatrie est très réductrice, elle enferme les gens dans des étiquettes psy. On ne fait pas ça au CSMP, du moins on essaie, c'est déjà pas mal. [...] J'ai aussi fait partie du Conseil Général, du coup j'ai vu l'autre côté, le côté plus social. Tout ça, ça m'a permis d'entendre des choses sur la psychiatrie. C'est très intéressant d'être aussi en dehors. Je suis aussi conseillère municipale et je milite pour mettre en place un forum social, citoyen au niveau de la communauté de Communes de Montrevel. Enfin bref, je suis dans pas mal de choses et je retrouve bien ce côté militant au CSMP. C'est important même si on n'en parle jamais trop, tout le monde le sait. On entend souvent dire que c'est le dernier bastion du CPA où on réfléchit encore... c'est dire comme c'est grave quand même pour une institution qui travaille sur l'être humain. »¹

Le référent du CSMP est en quête permanente de réflexivité et de contextualisation. Comme « l'intellectuel » décrit par Bertrand RAVON, « il tient sa force de l'expression publique de sa réflexion sur un monde troublé, laquelle distance au monde est fondée sur son autonomie, sa distance aux appartenances, sa « dissidence dans l'enracinement » (WALZER). »² Bien souvent engagé politiquement (nous l'avons vu avec Mr TABARY, cela ressort également dans les propos de Mme LECONTE), son militantisme trouve écho dans les possibilités de prises de positions critiques à l'égard de l'institution psychiatrique (nous reviendrons en détails sur l'objet de ces critiques dans les chapitres 6 et 7).

Mme PARTSON : « J'ai fait de l'humanitaire chez MSF puis à la MAP, Médecine Aide Présence. Même en France d'ailleurs de toute façon quand j'ai postulé au CPA je cherchais également à travailler dans des circuits médico-sociaux. La compréhension de la psychiatrie, pour moi, c'était forcément de manière pluridisciplinaire. Il faut une assistante sociale, un circuit psychiatrique ne peut pas fonctionner seul.

G. PEGON : penses-tu que l'humanitaire t'a apporté quelque chose, une certaine dimension, que tu retrouves dans le carrefour ?

Mme PARTSON : oui, je pense. Dans les deux cas, il y a une vraie volonté de soin au départ. En faisant de l'humanitaire, à plus ou moins long terme, les professionnels se retrouvent dans un circuit dans lequel ils sont piégés, c'est comme au CSMP. Mais ils essaient de travailler quand même, parce que ce sont des ONG, et qu'ils ont une vraie volonté politique d'être dans le pays. Il faut savoir qu'ils se battent pour y aller quand même et qu'après les ONG se battent entre elles sur le terrain. Mais bon c'est autre chose. Il faut bien penser que pour connaître un pays il faut certes s'intéresser à la santé mais aussi à d'autres choses comme le scolaire, l'éducation, par exemple. Si tu maîtrises les choses qui tournent autour de la santé, ou en tout cas si tu sais ce qui s'y passe, alors tu peux agir dans le pays en termes de développement. [...] Faire de l'humanitaire, ça donne des ouvertures sur la santé en général, de manière globale. On

¹ Extrait du cahier de notes personnelles. Propos reconstitués de Mme LECONTE lors d'entretiens individuels et de réunions plénières du CSMP.

² RAVON B., « Mobilisations intellectuelles et expression publique : du porte-parole à la parole partagée », dans ION J., (2001), *op. cit.*, p. 162.

ne voit plus le soin de la même façon je trouve. Au carrefour, c'est pareil, on n'a pas le nez dans le guidon et on n'est tous d'accord pour ne pas l'avoir. Du coup, je ressens une certaine reconnaissance de cette manière de voir les choses. Je n'ai pas cette reconnaissance au niveau du CMP. Je l'ai au carrefour et au niveau de l'extérieur par tout ce qui est social, tout ce que je fais à l'extérieur. Lorsque je viens au conseil général et que je parle avec les assistantes sociales, on me demande mon avis, j'ai une certaine importance, alors qu'au CMP on ne me demande pas mon avis, je dois juste faire mon travail et c'est tout, mais quel travail ! »

**Entretien individuel avec Mme PARTSON,
cadre infirmière de proximité, référente du CSMP.**

Les référents du CSMP font bien souvent de leurs expériences personnelles, qu'il s'agisse de leur expérience de la vie sociale, politique, ou de l'action publique, une forme d'engagement public¹ qui leur permet de se situer personnellement dans le monde, d'avoir une vision singulière de leur pratique professionnelle. Ainsi, simultanément à la singularisation/personnalisation des usagers, nous observons une recherche de singularisation homothétique des pratiques, et des intervenants eux-mêmes. Les référents n'acceptent pas vraiment que leur mission et leur rôle ne soient dictés par l'amont comme c'était le cas traditionnellement dans la psychiatrie publique. Ils revendiquent plutôt le fait que ces missions et rôles soient orientés par l'aval, c'est-à-dire par la « personne », d'où un attrait pour la démarche participative. Ainsi nous rejoignons les propos d'Isabelle ASTIER qui souligne que « « bien faire son travail » dans ce cas nécessite moins de connaître les règlements et de les appliquer à la lettre ou encore d'adhérer à une déontologie professionnelle, que d'accompagner les usagers, comprendre leurs besoins et leurs aspirations et se soumettre à l'évaluation du résultat de son intervention. »² En même temps, « cette nouvelle forme de travail [...] suppose un engagement fort de la part du professionnel, une autonomie affirmée et une prise de risques au quotidien. »³ Ainsi pour Mr TABARY : « Dans chaque étudiant, il y a un mai 68. Les référents, je crois que c'est un peu pareil. La précarité doit peut-être rester « hors les murs », hors des bouquins de psychiatrie pour qu'on reste du côté rebelle. »⁴

Le recours au répertoire de la lutte comme fondement de l'intervention du CSMP

¹ ION J., PERONI M., (1997), *Engagement public et exposition de la personne*, Actes du colloque du CRESAL, Saint-Étienne, 3-5 octobre 1995, Editions de l'Aube.

² ASTIER I., (2007), *op. cit.*, p. 149.

³ *Ibid.*

⁴ Extrait du cahier de notes personnelles. Mr TABARY. Réunion avec l'ORSPERE, mars 2007.

Le vocabulaire de la lutte est fortement présent dans les discours de Mr TABARY : « mobiliser les troupes », « résistance », « aller au front », « passer à l'attaque ». Ces expressions sont souvent formulées à travers des verbes d'action se reportant plus à un mode de stratégie silencieuse, souterraine et réflexive qu'à un mode de stratégie bruyante, de surface. Il s'agit ici plutôt de savoir « frapper au bon moment » plutôt que de « s'agiter comme le ferait une hystérique »¹, tissant là à la fois la trame d'une identité commune et donnant corps à une dynamique de la lutte :

« il est temps que les CHRS et la psychiatrie s'affrontent »

Mr TABARY lors de la réunion du Réseau CHRS-CSMP, janvier 2006.

« les référents dans les secteurs forment l'Etat major du CSMP »

Mr TABARY lors de la réunion plénière, février 2006.

« il ne faut pas que les référents soient considérés comme les *espions* de l'équipe mobile »

Mr TABARY lors de la réunion plénière, février 2006.

« lors de la prochaine réunion, il faudrait qu'on fasse le tour des secteurs pour relancer les troupes »

Mr TABARY lors de la réunion bureau, juin 2007.

Comme le souligne Michel CALON et Vololona RABEHARISOA², le recours à un tel répertoire de la « résistance » et de la « lutte » a une triple vertu. Il établit tout d'abord la prédominance d'un seul objectif - étayer - sur tous les autres, et en premier lieu sur celui, plus traditionnel pour un dispositif hospitalier, de « guérir ». Personne au CSMP ne semble croire en effet qu'on ne guérit de la précarité, « *ne serait-ce parce qu'il ne s'agit peut-être pas d'une maladie* » a-t-on l'habitude d'entendre dire.

Deuxième vertu, n'est résistant que ce qui tient dans le temps et pour tenir il faut des armes et des munitions. La recherche clinique, omniprésente dans le discours des précurseurs du CSMP, constitue une de ces armes. Le corpus doctrinal de la « clinique psychosociale »

¹ Mr TABARY lors de la réunion plénière du 24 février 2006.

² CALLON M., RABEHARISOA V., (1999), *Le pouvoir des malades. L'association française contre les myopathies et la recherche*, Paris, Les Presses de l'Ecole des Mines de Paris, p. 13.

proposé par l'équipe de l'ORSPERE a permis dès le départ d'inscrire l'intervention du CSMP dans une filiation qui avait le double avantage d'être reconnue à la fois sur le plan scientifique et sur le plan pratique (c'est une clinique de terrain). Ce « prêt à penser » permettait de fournir un discours qui « impose » et qui, à sa manière, faisait autorité, maintenant à distance les ennemis prétextant l'inefficacité et la stérilité de la démarche engagée. L'enjeu est de taille, puisqu'il ne s'agit pas seulement de tenir une position mais aussi, nous l'avons vu, d'amorcer un changement dans les pratiques de la psychiatrie publique du département de l'Ain.

« Une théorisation plus approfondie, qu'on ne saurait développer ici, conduit, par le biais des concepts de « précarité » et de la « clinique psychosociale » à une interrogation et une révision majeure des objectifs et pratiques de la Psychiatrie Publique. [Ces éléments peuvent] servir de base de réflexion interne au CPA. »

Rapport annuel 2000 du CSMP, p. 1-2.

La constance d'une réflexion stratégique à la fois sur la clinique et sur sa place dans une politique plus générale peut être aisément illustrée. En 2001, lorsque les membres du bureau du CSMP présentent pour la première fois leur dispositif à la Commission Médicale d'Établissement le ton est donné et nous pouvons lire en conclusion du rapport remis ce jour là :

« Face aux situations de précarité, nous proposons un dispositif lui aussi précaire, à la dimension de son objet : diffus, insaisissable, incertain dans ses contours. [...] Ce programme nous semble bien s'inscrire dans l'évolution de la Psychiatrie vers la Santé Mentale, ce qui implique :

Une révision des concepts et des pratiques de la politique de secteur,

Une interrogation sur les limites de nos identités professionnelles, leur infiltration dans l'espace transitionnel entre le psychiatrique et le social,

La découverte de zones jusque là peu explorées de la clinique de l'être humain au moins dans ses dimensions métapsychologiques et sociales.

En vous demandant d'approuver le programme du CSMP, nous vous invitons aussi, toute modestie mise à part, à accepter certaines révisions et ouvertures dans les théories qui sous-tendent nos politiques de soin. »

**« Programme du CSMP - Présentation à la CME »,
30 novembre 2001, p. 17. (C'est nous qui soulignons).**

Ou encore « [Objectif du CSMP :] sensibiliser à la clinique spécifique de la précarité et de l'exclusion visant à un réaménagement des pratiques et des organisations en conséquence »

Extrait du Projet d'Établissement n°2 (2003-2007).

Troisième vertu, la métaphore de la lutte « a l'avantage de simplifier l'analyse et de l'unifier sous la forme d'un bilan des forces en présence : d'un côté celles qui sont favorables à la cause, de l'autre celles qui s'y opposent ; d'un côté les amis, de l'autre les adversaires, et

entre les deux, aucune place pour les tièdes ou pour les indécis »¹. Ainsi, se pose sans cesse la question au CSMP de savoir dans quel camp se situe tel ou tel médecin, tel ou tel expert, tel ou tel intervenant, question à laquelle sont sommés de répondre, par un propos ou une attitude plus ou moins formulés, tous ceux qui croisent le chemin du dispositif.

Mr TABARY : « Alors vous la sentez comment vous ? »

G. PEGON : « Elle est intéressante et elle semble bien motivée pour vous rejoindre. »

Mr TABARY : « ouais bof, elle fait un peu hippie quand même. Je croyais qu'elle travaillait avec ATD quart monde alors que c'est une artiste qui a travaillé pour eux. »

G. PEGON : « et alors, les artistes ne vous intéressent plus ? »

Mr TABARY : « si mais pas comme ça, je ne la sens pas trop, d'ailleurs ça a du se voir dans l'entretien non ? »

G. PEGON : « un peu mais elle ne vous connaît pas. Je ne comprends pas bien, qu'est ce qui vous gêne ? »

Mr TABARY : « je ne sais pas, je ne la sens pas, je ne peux pas vous dire pourquoi. Elle me semble un peu indécise quand même. Je ne suis pas encore bien sur qu'elle ait les reins assez solides dans son service. En plus, je connais le chef de service et ça ne va pas être simple. On verra bien si elle nous sollicite à nouveau. »

**Extrait d'observation impliquée, rencontre entre Mr TABARY,
une infirmière intéressée pour devenir référente au CSMP,
et moi-même, septembre 2007.**

La pensée stratégique tente au CSMP en permanence de saisir le positionnement clinique de l'intervenant potentiel, cherchant par là même, à cerner son positionnement strictement politique. D'où cette position étonnante des membres du CSMP qui consiste à prendre pour alliés tous ceux, acteurs de terrain, institutionnels, scientifiques et militants, qui à un moment donné peuvent apporter leur pierre au combat commun. L'on ne résiste qu'à l'intérieur d'un système.

¹ CALLON M., RABEHARISOA V., (1999), *op. cit.*, p. 13.

III. (Reprise) De la psychiatrie à la santé mentale : vers une redéfinition collective de l'intervention sanitaire et sociale

C'est sous l'impulsion de l'ORSPERE et de ses traducteurs sociologues, que les mondes de la psychiatrie et du travail social ont, dans le département de l'Ain, convergé (en créant un dispositif « carrefour ») vers celui de la santé mentale. Les enjeux politiques de ce dispositif sont de taille puisqu'il s'agit de poursuivre le développement de la psychiatrie de secteur¹ à la fois dans un fort contexte de crise de la profession (crise des moyens, crise de la clinique, crise de la conception du patient²) et tout en prenant en compte, pour tenter de sortir de ces crises, les recommandations issues des réformes de l'action publique (nouvelles politiques de la « démocratie sanitaire »)³.

La stratégie de « lutte » mise en œuvre par les référents du CSMP s'inscrit pleinement dans la veine des propos des acteurs des réformes visant à promouvoir la santé mentale. Comme nous l'avons vu pour le responsable du CSMP, ces derniers dénoncent une psychiatrie traditionnelle « décalée par rapport aux évolutions sociales »⁴. Ils soutiennent qu'une « révolution psychiatrique » est nécessaire pour mener la politique de sectorisation à terme : « Nous proposons une mutation du dispositif de psychiatrie qui permette d'aller vers les personnes malades ou souffrantes, avec les professionnels sanitaires, médico-sociaux et sociaux, et avec les élus »⁵. Ils affirment qu'il faut « changer de paradigme » pour comprendre qu'une fois sortie de la logique asilaire, il n'est plus possible pour la psychiatrie de revendiquer tout à la fois le soin et la prise en charge sociale. Dès lors, la problématique de la santé mentale n'a pas pour référence centrale la psychiatrie, elle doit intégrer ceux qu'on

¹ Comme le rappelle Emmanuel RENAULT, « les politiques de secteur ont pris naissance dans les années 60 dans un contexte de critique des institutions asilaires. Elles ont pour but de développer les alternatives à l'hospitalisation à temps complet (hôpitaux de jour, appartements thérapeutiques, ateliers thérapeutiques, placement familial thérapeutique, centres de postcure, lieux de réadaptation, centres d'aide par le travail, etc.) qui n'a cessé depuis d'être limitée quantitativement – la grande majorité des patients bénéficiant aujourd'hui d'une prise en charge ambulatoire (86% des adultes, 97% des adolescents [selon le Rapport PIEL & ROELANDT, (2001), p. 12]). Depuis 1986, les activités du secteur ne sont plus centrées autour d'Hôpital, mais d'un Centre Médico-Psychologique qui vise à adapter l'offre de service psychiatrique aux demandes émanant des partenaires institutionnels et de la population. C'est précisément cette problématique de l'adéquation de l'offre psychiatrique à la demande de la population qui a permis d'enclencher une nouvelle transformation institutionnelle destinée à faire prendre en charge par la psychiatrie non plus simplement les maladies mentales des populations susceptibles d'être hospitalisées, mais la santé mentale de populations relevant du secteur. » RENAULT E., (2008), *op. cit.*, p. 168-169.

² PIEL E., ROELANDT J.-L., (2001), *De la psychiatrie à la santé mentale*, Rapport de mission, Ministère de l'emploi et de la solidarité.

³ Les lois, décrets et circulaires encadrant la démarche clinique du CSMP sont récapitulés en bibliographie.

⁴ PIEL E., ROELANDT J.-L., (2001), *op. cit.*, p. 65.

⁵ *Ibid.*, p. 45.

appelle les « partenaires sociaux » : « Le secteur de psychiatrie ne doit plus avoir des partenaires, mais être partenaire. »¹

Pour les référents du CSMP, cette intervention en réseau nécessite que le secteur psychiatrique doit se « dépsychiatriser » (sans perdre cependant son objectif de soin), c'est-à-dire laisser tomber tout un pan de leur culture nosographique (les « *ex malades mentaux* » cf. Rapport LAVAL et VIDAL-NAQUET) et se « psychosociologiser » en prenant pour objet des catégories partagées avec le travail social telles que les catégories de « souffrance psychique » ou de « personnes en situation de précarité ». L'émergence de ces catégories donne alors à voir un élargissement du public de la psychiatrie à toutes les situations de précarité.

Comme le souligne Emmanuel RENAULT², du point de vue des psychiatres qui interviennent auprès des travailleurs sociaux, la « souffrance psychique » devient la catégorie d'un ensemble de symptômes spécifiques liés à une condition sociale particulière : la précarité comprise d'emblée comme une souffrance d'origine sociale. Le public de la psychiatrie se retrouve élargi à toutes les situations « santé mentale/précarité » : les demandeurs d'asile, les personnes âgées, les adolescents difficiles, les SDF, etc., toute personne qui présente une vulnérabilité sociale. En même temps, le public du travail social se retrouve également élargi à tout un ensemble de problématiques « santé mentale/souffrance psychique ». L'institutionnalisation³ de la souffrance psychique dans les champs de la psychiatrie et du travail social a ainsi pour effet de provoquer une certaine sociologisation des soignants (agents hospitaliers, référents du CSMP) en même temps qu'une certaine sanitarisation des travailleurs sociaux.

Ce double mouvement, sociologisation des soignants et sanitarisation des travailleurs sociaux, fait émerger un double usage de la catégorie de « souffrance psychique ». D'une part, il définit l'objet de la santé mentale – ce qui justifie le déploiement d'une organisation particulière : le collectif d'intervention. D'autre part, il désigne des problèmes liés à la précarité – ce qui justifie le déploiement d'une intervention spécifique (« *nouvelle forme de relation à autrui* ») : la pratique de *care*. Avant d'aborder plus en détail l'analyse de cette

¹ ROELANDT J.-L., (2002), *op. cit.*, p. 25.

² RENAULT E., (2008), *op. cit.*, p. 169-173.

³ Simultanément à cette extension de l'usage de la catégorie de « souffrance psychique » sur le terrain de l'action sanitaire et sociale, cette catégorie fait l'objet de différentes formes d'institutionnalisation. On la retrouve d'abord discrètement dans la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (1998), et plus directement dans le rapport PARQUET (2003).

nouvelle forme d'intervention (à partir du chapitre 3), nous allons poursuivre l'ouverture de la « boîte noire » du CSMP à travers l'étude approfondie des différentes activités constitutives de son intervention.



CHAPITRE 2 – LES ACTIVITES DU CSMP : L’EMERGENCE D’UN DISPOSITIF DE CONNAISSANCE

Ce chapitre vise à établir un inventaire raisonné (organisé et analytique) des activités du dispositif CSMP : quelles sont ces activités, comment sont-elles agencées, comment ont-elles émergé dans l’histoire du dispositif, que signifient-elles et que font-elles faire ? Il ne s’agit pas tant d’analyser ici la manière dont fonctionne le dispositif mais plutôt de dégager les principales lignes de force qui le traversent.

En s’inscrivant dans le cadre de la Loi de lutte contre les exclusions et plus précisément dans l’article 71 concernant les PRAPS, l’objectif général du CSMP est de « *faciliter l’accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité et d’exclusion sociale* ».

L’analyse conduit à distinguer quatre objectifs plus spécifiques :

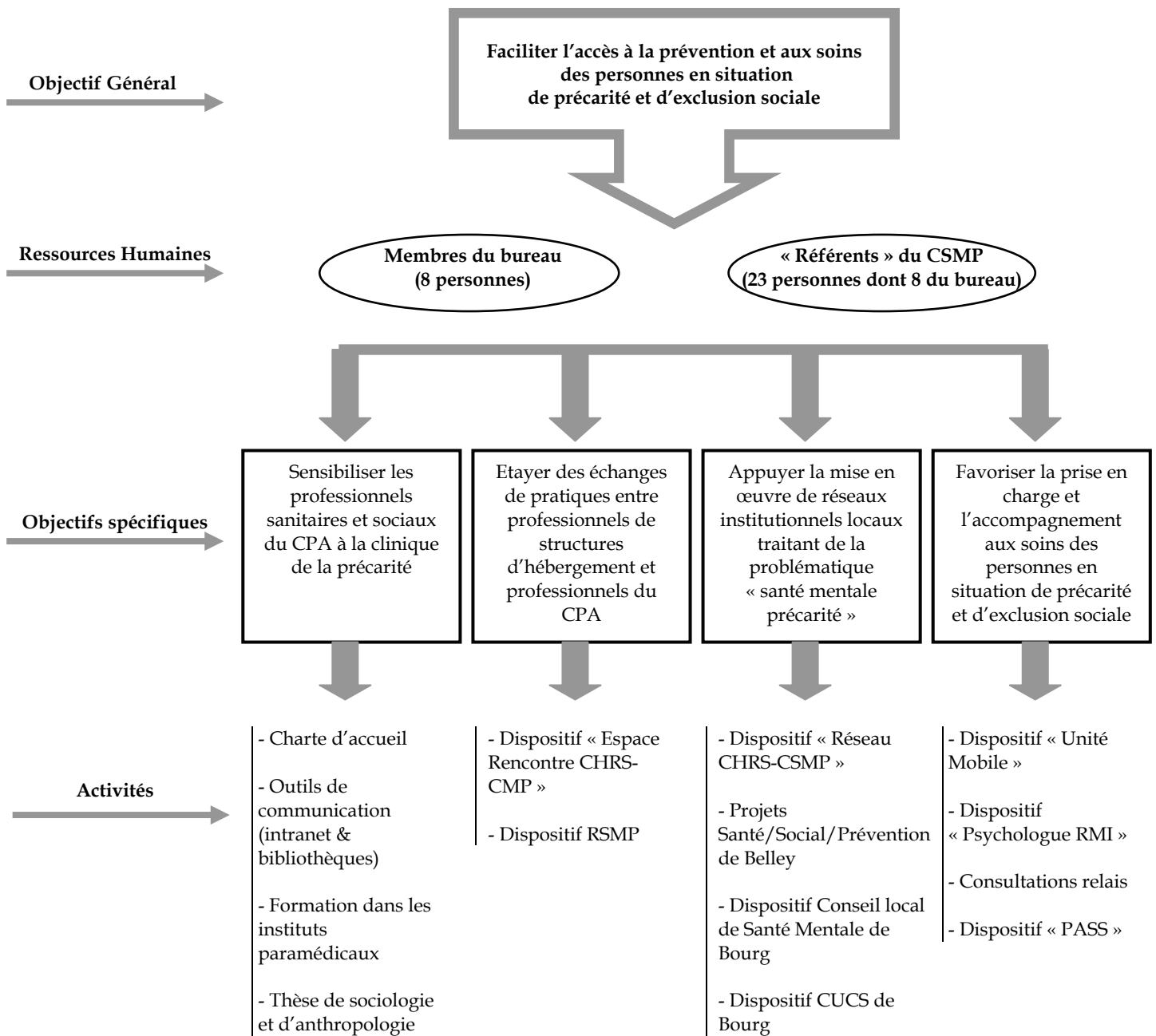
- 1- sensibiliser les professionnels sanitaires et sociaux du CPA à la clinique de la précarité ;
- 2- étayer des échanges de pratiques entre professionnels de structures d’hébergement et professionnels du CPA ;
- 3- appuyer la mise en œuvre de réseaux institutionnels locaux traitant de la problématique « santé mentale précarité » ;
- 4- favoriser la prise en charge et l’accompagnement aux soins des personnes en situation de précarité et d’exclusion sociale.

La mise en évidence de ces quatre objectifs nous a permis de construire un organigramme totalisant les activités et l’organisation du CSMP.

Note méthodologique sur ma posture de recherche

Au cours de ma période *dans* le terrain de recherche, j’ai commencé assez rapidement à analyser les activités du dispositif CSMP, ne serait-ce que pour me situer dans un vaste ensemble d’activités qui n’étaient organisées par aucune plaquette de présentation, aucun organigramme. De cette analyse, quatre axes organisationnels d’activités ont été distingués. Ces quatre axes sont donc issus de mes analyses des activités du CSMP. Cependant, ils ont ensuite été en partie repris, en 2007, par les membres du bureau du CSMP pour mieux rendre visible leurs activités aux yeux de leurs partenaires et bailleurs. Nous voyons évidemment bien ici une des propriétés (organisationnelle) attribuées à ce travail de thèse par les membres du CSMP, une propriété de traduction par l’analyse sociologique, certainement dans une recherche de continuité des traductions opérées, comme nous l’avons vu dans le chapitre précédent, par les sociologues de l’ORSPERE. Pour sortir du biais méthodologique qui consisterait à analyser mes propres productions, mon analyse ne portera pas tant sur ces axes organisationnels que sur les activités qu’ils viennent encadrer. Je ne prendrai donc pas ces quatre axes comme des catégories issues

du terrain (et à analyser) mais comme des entrées (construites par moi-même) pour dresser l'inventaire des activités du CSMP.
Repérons parallèlement, que la sociologie, telle qu'elle est mobilisée par les référents du CSMP, semble être un opérateur de traduction à la fois entre les mondes de la psychiatrie et du travail social, et entre les « mondes » de l'expérience clinique et de l'organisation de la clinique.



Organigramme du CSMP (effectué par G. PEGON - 2007).

Au cours des neuf années d'existence du dispositif, la transformation des activités mises en œuvre par les référents donne à voir certains mécanismes de pouvoir auxquels ils sont soumis en tant qu'agents de l'institution hospitalière. Comme nous avons commencé à le voir dans le chapitre 1, face à ces mécanismes de pouvoir, les membres du CSMP ont développé progressivement un ensemble d'expérimentations fondées sur une stratégie de lutte qui les ont amenés à des modes d'activité par lesquels ils se sont construits et affirmés. C'est au regard de ce processus que nous analyserons dans ce chapitre les différentes activités parcourant le dispositif CSMP.

I. Connaître les problèmes liés à la précarité à travers des activités de sensibilisation

1. Les référents du CSMP face aux « mandarins » de la psychiatrie

Dès la première réunion plénière de l'année 2000, les référents s'interrogent sur les objectifs et les moyens du CSMP. Ils commencent par réfléchir aux modalités de sensibilisation et d'« imprégnation du CPA par un discours prenant en compte les nouvelles données sur les personnes en précarité (avoir une représentation de ce qui est la précarité pour l'identifier, proposer une formation). »¹ Un questionnaire, présentant le CSMP comme dispositif s'inscrivant dans le cadre de la Loi de lutte contre les exclusions et les PRAPS, est élaboré et distribué dans tous les services intra et extrahospitaliers du CPA. Ce questionnaire vise à prendre connaissance des problèmes liés, dans la pratique, aux situations de précarité. Il s'agit d'« effectuer une synthèse globale et inventorier les grandes questions posées au CPA par la précarité et les réponses qui y sont apportées. »² En même temps, il permet de situer le CSMP aux yeux de tous.

En 2000, tous les secteurs ne sont pas encore représentés au sein du CSMP, il faut donc sensibiliser les médecins-chefs de ces secteurs pour qu'ils autorisent la participation d'un de leur personnel soignant (infirmier ou cadre) aux travaux du dispositif. Cela ne va pas de soi car pour obtenir une telle autorisation, il faut que le médecin-chef reconnaisse préalablement à la fois l'existence de problématiques liées à la précarité et la possibilité pour la psychiatrie de prendre en charge ce type de problématiques. La connaissance des problèmes et sa mise en réflexivité deviennent alors les moyens de la sensibilisation.

¹ Compte-rendu de plénière, 21 janvier 2000.

² *Idem.*

« Le questionnaire a permis une prise de conscience de certains acteurs (pédopsychiatrie) autour de la problématique précarité et de son intérêt (à l'hôpital de jour et en intra hospitalier notamment). Il a suscité des attentes théoriques et pratiques autour de la définition de la précarité (dans les secteurs). Il montre que le CMP n'assure pas pleinement sa fonction de plaque tournante par rapport à cette population (prévention, dépistage, orientation...) Comment amener les personnes en situation de précarité au soin ? Il y a en tout cas prise de conscience de plus en plus générale au niveau des secteurs qu'on ne peut rien faire au niveau des soins tant que les problèmes sociaux ne sont pas résolus. »

Compte-rendu de plénière, 14 mars 2000, (c'est nous qui soulignons).

« La sensibilisation des secteurs et des structures est inégale. Certains secteurs sont en pointe (5 et 6). Il est rappelé à chaque secteur d'établir des liens avec les psychos RMI qui ne sont pas toujours identifiés. Le passage en revue des actions concernant la précarité permet d'ouvrir un débat sur l'évolution de la psychiatrie clinique psychosociale. Cette évolution est nécessaire pour contrebalancer les évolutions biologisantes et la psychiatrie tournée vers le symptôme. Mais en même temps, risque de dilution de l'identité psychiatrique jusque dans le bénévolat. Ces questions sont importantes à l'heure où s'annonce une réduction des effectifs de psychiatres et psychologues. »

Compte-rendu de plénière, 1 décembre 2000, (c'est nous qui soulignons).

Tous les médecins du CPA ne sont pas en accord avec la démarche clinique que propose le CSMP. Se laisser attacher par le CSMP et « sa » clinique de la précarité est perçu comme un risque de perdre quelque chose et de devenir un « sociatre ». Un certain nombre de psychiatres, chefs de secteur, ne veulent pas rencontrer l'équipe prétextant que la mission de « *la psychiatrie publique est de s'occuper des psychoses et c'est tout !* »¹ Si ce refuge dans la psychiatrie classique est lié à une crainte de sociologisation de la psychiatrie, il est également à mettre en lien avec l'émergence de nouvelles formes de management et de gouvernance dans l'institution psychiatrique qui tentent également de normer, à nouveaux frais, les pratiques psychiatriques.

Dans un contexte de diminution des moyens et de réduction budgétaire, la protocolisation du soin se généralise au CPA, obligeant les professionnels du soin à établir des priorités. Pour la majorité des psychiatres du CPA, la psychose en est une, alors que « *la précarité, ça n'existe pas* »². S'inscrivant dans une démarche qui vise à « *contrebalancer les évolutions biologisantes et la psychiatrie tournée vers le symptôme* »³, le CSMP propose alors de résister autant à cette protocolisation des pratiques psychiatriques qu'à l'invisibilisation de la

¹ D'après différents référents du CSMP, ce type de réponses était fréquemment donné lors de la création du CSMP en 2000 et toujours présent en 2007.

² *Idem.*

³ Compte-rendu de plénière, 1 décembre 2000.

précarité. Pour ce faire, la stratégie du CSMP consiste à établir des ponts entre les pratiques psychiatriques et la problématique de la précarité : « *nos connaissances théoriques ainsi que notre pratique quotidienne auprès de patients psychotiques nous permettent d'appréhender certains phénomènes tels que l'exclusion, le sentiment d'impuissance face aux échecs et la répétition.* »¹ Cette position reflète à la fois pour Mr TABARY, un véritable enjeu clinique, et aussi un moyen pour convaincre des psychiatres « *réticents à la précarité* » qu'ils ne perdent pas vraiment leur posture clinique face à la psychose. Cependant, tout en mobilisant les données récentes concernant la clinique psychosociale que les membres du CSMP viennent de recevoir dans la formation/action organisée par l'ORSPERE², ils sentent bien que cette stratégie ne suffit pas. Une double réflexion concernant la définition de la précarité dans le département de l'Ain ainsi que les champs d'action d'une clinique de la précarité doit être menée de front.

2. Les référents du CSMP : des informateurs à l'écoute des problèmes

Le problème de la définition du public de la précarité

En 2001, débute un débat interne qui ne cessera jamais au CSMP sur la population concernée par la précarité. Différents publics sont appréhendés : « *un certain nombre d'ados non admis dans l'unité « US Ado » du CPA souffrent d'une forme de précarité liée à l'isolement social et/ou familial* », « *il y a aussi ceux qui n'ont pas accès aux soins et n'ayant pas le droit à la CMU et/ou CMU Complémentaire* »³, « *ceux qui n'ont pas de logement ou qui ont un logement précaire ; les SDF ; et aussi ceux qui ont un hébergement provisoire (faut-il inclure les populations des CHRS et des foyers ?) ; ceux qui sont sans ou avec peu de ressources : RMI, chômage ; il y a aussi ceux dont on ressent qu'ils sont en précarité sur des critères subjectifs cliniques ; et ceux avec qui on ne sait pas quoi faire.* »⁴ L'indétermination concernant les limites de la précarité en termes de population est ressentie chez les référents comme un manque de formation à la « clinique psychosociale ». Les membres du bureau décident alors de mettre en place un temps de formation continue, sous forme d'échanges de

¹ Compte-rendu de plénière, 26 mai 2000.

² La notion de « clinique psychosociale » est une invention de l'ORSPERE. Cf. Rapport ORSPERE-FNARS intitulé *Point de vue et rôle des acteurs de la clinique psychosociale*, Recherche action, 1999, ainsi que FURTOS J., (2000a), *op. cit.*, p. 23-32.

³ Compte-rendu de plénière, 26 janvier 2001.

⁴ Compte-rendu de réunion bureau, 9 février 2001.

pratiques, de débats autour d'une intervention extérieure ou de la lecture d'un texte, qui vient se placer après les réunions plénières.

En même temps, Mr TABARY propose d'organiser une soirée de formation animée par le Dr FURTOS, directeur de l'ORSPERE, pour les membres du CSMP ainsi que les équipes du Centre d'Accueil Permanent et de l'hôpital général Fleury. Cette formation porte sur « *une approche pratique de l'accueil dans les services d'Urgences.* »¹ La formation des référents du CSMP devient essentielle car Mr TABARY prévoit de « *missionner les référents pour qu'ils interviennent chacun dans leur propre secteur.* »² Les référents vont donc porter l'intervention clinique du CSMP dans tous les secteurs et intersecteurs psychiatriques du département et étant donné le contexte de mandarinage dans lequel ils se situent, une culture commune et partagée devient essentielle.

« Il est rappelé que la mission du CSMP auprès des secteurs et intersecteurs, nécessite une connaissance parfaite du terrain (CMP, services) et se doit de faire le lien avec les différents partenaires qui ont en charge des personnes précaires (CHRS, psychologues RMI, hôpitaux) afin d'élaborer des techniques visant à les amener au soin. »

Compte-rendu de plénière, 27 avril 2001.

« Comment intervenir auprès des secteurs en tant que référent ? Quels sont les problèmes rencontrés par les collègues sur le terrain ? Pour trouver rapidement des réponses à ces questions, il est important de passer à la vitesse supérieure notamment en se réunissant plus souvent.

On convient de la nécessité de :

- 1- Avoir un référent par secteur qui aurait pour mission de diffuser les informations. L'idéal serait des équipes de 2 personnes : l'une représentant le soin, l'autre le social (AS).
- 2- Décentraliser l'action (chacun avec sa connaissance du terrain).
- 3- Avoir un regard sur les actions qui se mènent dans les secteurs. »

Compte-rendu de plénière, 22 juin 2001.

Les référents ne sont pas les seuls concernés par l'intervention clinique du CSMP. Les psychologues RMI, également placés sous la tutelle de Mr TABARY, voient également leur mission tendre vers un élargissement :

« Durant l'année 2000, il a été constaté une baisse significative du nombre de bénéficiaires du RMI, une stagnation des personnes en grande difficulté d'accès à l'emploi et une hausse des personnes ayant un accès à des emplois précaires (CES, CDD) et qui de fait, réintègrent le dispositif au terme de leur contrat. Les différentes instances souhaiteraient que la fonction des PRMI s'inscrive dans des actions sociales, s'élargissant à d'autres catégories de personnes en situation de précarité (non bénéficiaires du RMI). Il est constaté que les PRMI se trouvent confrontés fréquemment à une préparation aux soins, ce qui techniquement est difficile, mais

¹ Compte-rendu de plénière, 9 mars 2001.

² *Idem.*

favoriserait les relations, voire la communication entre eux et le CPA. Un travail de reconnaissance des PRMI et de mise en lien est à élaborer secteur par secteur. La DIPAS se dit prête à financer les actions collectives si tant est qu'elles soient clairement définies afin d'adapter au mieux des moyens adéquats. »

Compte-rendu de plénière, 9 mars 2001.

S'élargir à des publics non bénéficiaires du RMI ne va pas de soi pour les psychologues RMI puisque cela sort du cadre principal de leur mission. En proposant un tel élargissement, l'objectif n'est pas que les psychologues se substituent aux professionnels généralement en charge de ces publics mais plutôt de renforcer la sensibilisation des psychiatres et des infirmiers des CMP à la clinique psychosociale dont les psychologues RMI sont, selon Mr TABARY, experts de longue date :

« La psychologue RMI du secteur 3 souhaite prendre l'ambiance du CMP à Montluel, mais cela pose quelques problèmes liés à l'organisation même de ce centre. Madame X souligne le ressenti des psychos RMI qui se sentent exclus des CMP bien que faisant partie du personnel du CPA. Il semble y avoir un déficit d'informations des responsables quant à l'importance du CSMP, une peur d'un glissement vers le social au détriment du médical, d'où la nécessité d'officialiser en 3 points : Matériel (personnes, temps), Identité (qui est qui, qualité), Clinique (que savons-nous faire)). »

Compte-rendu de plénière, 9 mars 2001.

La difficulté pour les référents réside dans le fait de comprendre la nature de cette clinique psychosociale dans un contexte où selon Mr TABARY, Mr HUNTER et Mme ROUX, « *il n'existe pas de clinique spécifique de la précarité et de l'exclusion sur le plan psychodynamique mais il y a pourtant des spécificités de tableaux cliniques psychiatriques.* »¹ En d'autres mots, il est impossible pour les professionnels du CSMP de totaliser grâce à l'éclairage des théories psychanalytiques, psychopathologiques ou psychiatriques, la diversité des figures de la précarité qu'ils rencontrent. Le CSMP partage sur ce point l'observation faite par Bernard KOUCHNER, alors Ministre de la Santé, dans son rapport : « *Si elle traverse toutes les catégories de personnes précarisées, la souffrance psychosociale est difficilement mesurable et ne se range pas dans le champ classique de la pathologie. Elle s'exprime en dehors des lieux traditionnels de la santé mentale par des comportements d'isolement, d'échecs répétés, des conduites à risques, des conduites addictives, des violences contre soi-même et contre autrui.* »²

¹ Compte-rendu de plénière, 26 octobre 2001.

² Extrait du Rapport « Santé mentale : l'utilisateur au centre d'un dispositif à rénover » daté du 5 avril 2001. Rapport cité et débattu lors de la réunion plénière du 14 décembre 2001.

Le débat concernant la définition du public en situation de précarité n'a alors de cesse de parcourir les ordres du jour des plénières du CSMP :

« Un débat important s'ouvre, sur l'objet même et la définition des limites de la précarité et du champ d'actions du CSMP. A partir de deux exemples significatifs : d'une part la situation des psychotiques en rupture de soins, d'autre part celle des jeunes en situation de précarisation et glissant vers la marginalité (le zonage, l'absence de revenus, les chiens). [...] A l'issue de ce débat, il ressort que le champ d'intervention du CSMP ne doit pas être limité ni compartimenté, mais doit quand même porter en priorité sur l'approche, la compréhension et la fourniture d'outils cliniques et thérapeutiques aux zones de précarité pour lesquelles la psychiatrie ne possède pas de savoir solidement établi. »

Compte-rendu de plénière, 4 juin 2004 (c'est nous qui soulignons).

Le champ d'intervention clinique défini par le CSMP ne prétend pas venir se substituer à celui de la psychiatrie classique, il s'agit plutôt de venir le compléter là où le savoir psychiatrique fait défaut. Mais en venant pointer du doigt les insuffisances, les limites de la psychiatrie, les référents du CSMP se heurtent à deux types de problèmes liés à leur double posture d'agent et de référent. En tant qu'agent de l'institution psychiatrique, dans leur travail quotidien dans les CMP ou autres services hospitaliers, ils se heurtent à la résistance du chef de service et au pouvoir de la psychiatrie mandarinale. En tant que référent du CSMP, ils se heurtent aux transformations des modes de management de l'institution psychiatrique et au pouvoir de l'impératif gestionnaire. Ces deux problèmes sont une cible pour l'ensemble des activités de sensibilisation mises en œuvre par les référents du CSMP.

Le problème de la psychiatrie mandarinale

G. PEGON : comment faites-vous pour travailler sans l'appui de votre médecin-chef ?

Mme PARTSON : il sait qu'il y a une volonté institutionnelle de participer aux travaux du carrefour parce que c'est mon cadre supérieur qui me l'a demandé.

G. PEGON : quel type de relations y a-t-il un entre votre cadre supérieur et le médecin-chef ?

Mme PARTSON : ils sont binômes. Notre hiérarchie : infirmiers, cadre de proximité, cadre supérieur, infirmier général, ce qu'on appelle infirmier général c'est maintenant le directeur des soins et au-dessus de tout ça il y a le directeur général du CPA. Mais au niveau du secteur, il y a ce qu'on appelle le binôme, c'est le médecin-chef qui est responsable des orientations médicales, et, à côté de lui, il y a le cadre infirmier supérieur qui s'occupe de la gestion des soignants dans le secteur. Mais le patron du secteur c'est le médecin-chef. Du coup, et il est vrai que moi, en tant que cadre, je suis garante du bon fonctionnement du secteur avec la volonté du médecin-chef. C'est mon boulot. Pour ce médecin-chef, tout ce qui est social, il ne veut pas en entendre parler, c'est clair. Mais, en même temps, j'ai la casquette Référent CSMP. Si j'allais juste aux réunions plénières, ça lui irait bien, ça ne le dérangerait pas, mais je suis bien obligée de faire plus que ça du fait qu'il n'y a pas d'assistante sociale dans notre CMP. J'ai utilisé ce créneau-là pour m'infiltrer en quelque sorte. Il faut bien qu'on crée un lien

avec les assistantes sociales du secteur parce que sinon comment on fait avec les patients sur le terrain ? Donc il a du me laisser faire, il n'avait pas le choix.

G. PEGON : qu'est-ce qui faisait qu'il n'avait pas le choix ? était-ce un manque dans le soin ?

Mme PARTSON : évidemment.

G. PEGON : est-ce que dans les Centres Médico-Psychologiques, le projet de soin intègre systématiquement une dimension sociale ?

Mme PARTSON : bien sûr. Il y a l'assistante sociale.

G. PEGON : et il n'y avait pas d'assistante sociale dans ce CMP ?

Mme PARTSON : non, elle est partie, elle n'a jamais été remplacée, ça les arrangeait bien qu'il y en ait une en moins financièrement parlant. Mais en même temps, je pense qu'au niveau de ce secteur, ils ne défendent pas le social, de toute façon. Donc, il n'y a pas d'assistante sociale.

G. PEGON : donc personne ne l'a remplacée, et il n'y a pas quelqu'un pour rappeler au chef de secteur qu'il doit intégrer dans son projet cette dimension sociale ?

Mme PARTSON : un chef de secteur ne doit rien du tout à personne, il fait ce qu'il veut sur son secteur en quelque sorte. S'il peut justifier ça par une diminution d'effectif, ça arrange bien aussi l'institution d'avoir une personne en moins. « Vous vous débrouillez, eh bien tant mieux ». Voilà, globalement c'est comme ça que ça fonctionne. On a besoin de travailler avec les assistantes sociales de secteur, les tutelles, les associations... enfin tous ces réseaux on en a besoin. Donc, on pouvait très bien utiliser et renvoyer les patients vers l'assistante sociale de circonscription en disant « mais nous on n'a pas d'assistante sociale donc vous allez sur la circonscription, débrouillez-vous ». On pouvait très bien travailler comme ça. Mais c'est n'importe quoi et moi, je crois, qu'il faut ouvrir les portes et faire le lien avec tout le circuit social. Donc, j'ai utilisé cet argument. C'est de la stratégie. Mais je sais que je n'ai pas les coudées franches.

G. PEGON : ça ne doit pas être facile pour vous.

Mme PARTSON : non, mais comme je lui dis souvent, d'une certaine manière, je lui tiens son service. C'est moi qui veille à ce qu'il n'y ait pas d'échauffourées, qu'il n'y ait pas de problèmes tant en interne qu'avec le social, ça sert à ça un CIP. Donc si je fais bien mon travail, il ne regarde pas trop pour le reste. Parce qu'il pourrait très bien me reprocher, « vous ne faites pas votre boulot au CMP pour X raisons », il a le droit de me le dire, « et puis vous passez votre temps à faire du social » on va dire.

[...] Mais faire du social, c'est pas simple non plus. Il y a certains professionnels du soin, médecins, infirmières, qui veulent à l'inverse s'occuper de tout : du médical, du social. Je m'occupe de tout moi, moi je sais, moi je peux, c'est la toute puissance du soignant. Donc il y a les deux extrêmes et c'est pas simple de se positionner entre les deux.»

**Entretien individuel avec Mme PARTSON,
Cadre Infirmier de Proximité, référente du CSMP.**

Dans la dernière partie de cet extrait d'entretien, nous voyons comment le problème de la psychiatrie mandarinale s'accompagne de ce que Didier FASSIN nomme la « déprofessionnalisation des métiers »¹. Non pas que celle-ci soit forcément une réalité pour cette cadre infirmière mais elle constitue un risque inhérent à la toute puissance de la psychiatrie mandarinale. C'est-à-dire que les référents du CSMP ne considèrent plus tant leur

¹ FASSIN D., (2004), *Des Maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*, Paris, Editions La Découverte.

action comme relevant d'un « métier » (compris comme « la valeur qu'un ensemble d'activités professionnelles tire de compétences prétendant à utilité sociale »¹) mais plutôt d'un type de savoir-faire, ici se soucier du social, qui ne dépend pas du fait d'être psychiatre, infirmier, cadre infirmier ou encore travailleur social. A cette déprofessionnalisation est associée une nouvelle forme d'agencements des références doctrinales sur lesquelles nous reviendrons dans le chapitre 7, mais dont nous pouvons dire ici qu'elles se réfèrent à ce que FOUCAULT appelait des « savoirs assujettis »², c'est-à-dire « comme des savoirs non reconnus comme tels par les institutions académiques et les représentations dominantes » de l'institution psychiatrique³.

Le problème de la logique gestionnaire

« Les solutions demandent du temps, de l'énergie, hors de toute considération comptable : dans la rue, l'artisanat reprend le dessus : maisons de retraite pour l'un, maintien des visites sur site pour l'autre, hospitalisation pour une troisième, contact avec une cousine ailleurs. Travail social et psychiatrie ont partie liée. Mais ce travail est régulièrement bafoué par l'absence de perspectives. Les trop nombreuses hospitalisations sans lendemain, préparées pendant des mois, par l'infirmier, l'assistante sociale, le psychiatre, à peine commentées par un interne pressé, émoussent l'énergie soignante. Il s'agit d'un travail d'approche, d'accroche, de lien, comparable à celui d'un thérapeute face à un enfant psychotique au début de sa prise en charge. Toute erreur de distance, toute volonté d'aller trop vite engendrent le repli, parfois pendant des semaines. Quand, enfin, surgit l'accord pour une hospitalisation, le psychiatre hospitalier, lui-même débordé, ne prend pas toujours acte de ce lent travail préalable. Et quand le malade est rejeté, parce que SDF, je finis moi-même par mieux comprendre son refus de bouger. A quoi bon se faire soigner quand l'accueil est si réservé, quand rien ne peut se prévoir « après », et quand l'hospitalisation n'est pas thérapeutique, en raison d'un temps de soin bureaucratiquement comptabilisé ? »

**Extrait de l'ouvrage de Sylvie QUESEMAND ZUCCA, (2007),
Je vous salue ma rue, Clinique de la désocialisation, p. 154-155.
Relevé par Mr TABARY lors de la réunion plénière du mois de juin 2007.**

¹ RENAULT E., (2008), *op. cit.*, p. 175.

² FOUCAULT M., (1998), *Il faut défendre la société*, Paris, Gallimard, p. 8-10.

³ Nous rejoignons ici les propos d'Emmanuel RENAULT : « Assujettis, les savoirs qui se développent à l'intersection du sanitaire et du social le sont tout d'abord parce qu'ils subvertissent des partages disciplinaires, comme celui de la psychiatrie et de la psychologie sociale, et des partages institutionnels, comme celui de l'action sanitaire et de l'action sociale. Ils le sont également parce qu'ils s'appliquent à des objets caractérisés par un manque de dignité sociale (des individus qui échouent à se réinsérer, des clochards, etc.) et qu'ils s'en prennent au déni institué de la vie psychique des pauvres. Nous avons affaire ici à des savoirs assujettis qui se développent dans les interstices, mais qui, par leur dynamique propre, sont aussi porteurs d'innovations, voire de recompositions théoriques. » RENAULT E., (2008), *op. cit.*, p. 176-177. Nous reviendrons sur cette idée dans le chapitre 7.II.1. *Deux formes d'agencements réflexifs : l'hétérogénéité et le métissage.*

Le troisième objet de l'écoute des référents est lié à l'imprégnation de l'ensemble du CPA par la logique gestionnaire qui viendrait bousculer les modes d'organisation et de management. Selon les référents du CSMP, autrefois, il s'agissait de prendre son temps pour tenter de soigner le malade. Aujourd'hui, l'hôpital deviendrait une entreprise comme les autres, où la logique du profit immédiat entraînerait de multiples conséquences : obligation de rendre compte des résultats selon un rythme très soutenu ; politique d'information auprès des analystes du Département d'Information Médicale (DIM) qui pénalisent les stratégies à long terme au profit d'une rentabilité immédiate ; recherche des gains de productivité à court terme au détriment des investissements sur des cycles longs ; pression du chiffre et des outils de mesure au détriment d'une réflexion sur les processus, les modes d'organisation et les problèmes humains¹. Dans ce contexte, la logique comptable se substitue à la logique tactique, le court terme au long terme, la recherche de gain immédiat à la mise en place d'une production de qualité².

Si la critique des référents du CSMP porte sur cet impératif gestionnaire, elle porte en même temps sur le type d'activation que cet impératif entraîne dans leur pratique. Il s'agit pour eux de dire qu'à travers tout un arsenal de procédures et d'évaluations, dont nous étudierons le détail dans le chapitre 6, l'ensemble des fonctions de l'hôpital est subordonné à la logique financière par le biais de techniques de gestion qui conduisent les agents à intérioriser l'exigence de rentabilité. Comme le remarque régulièrement Mr TABARY, chaque clinicien, chaque service, chaque département, chaque établissement du CPA possède aujourd'hui des objectifs à atteindre dont la mesure, de plus en plus fréquente, est parfois effectuée en temps réel. Dans les débats qui animent les réunions plénières³, pour certains référents, cette gestion managériale se présente bien souvent comme un progrès notable face au caractère oppressif et statique du système asilaire. Cependant, pour d'autres, ses principales caractéristiques n'en sont pas moins de donner le primat aux objectifs financiers, de chercher à produire l'adhésion des agents notamment en les mobilisant psychologiquement en permanence à prendre de la distance vis à vis de leur pratique, ce qui est, selon les mots d'un des référents « très

¹ Ensemble de critiques relevées lors des réunions plénières de l'automne 2006.

² Nous observons que les critiques des référents du CSMP rejoignent ici les remarques formulées par Vincent De GAULEJAC (2005) dans *La société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement moral*, Paris, Seuil, p. 28. C'est cependant bien nous qui faisons le lien et qui, du coup, retraduisons et alimentons (en lui fournissant une légitimité sociologique) les critiques des référents.

³ Réunions plénières de l'automne 2006.

pernicieux »¹. A travers la mise en œuvre de processus d'évaluation permanente, on attendrait des agents de l'hôpital une implication subjective et affective moins canalisée sur les patients que sur l'organisation elle-même.

Dans le discours des référents du CSMP, l'hôpital, en tant qu'organisation, se retrouve bien souvent « personnifié ». Ils en attendent de la reconnaissance tout en éprouvant pour lui des sentiments aussi intenses que la passion, la colère ou le dépit. Cette quête inassouvie de reconnaissance semble alors directement en lien avec l'expression d'un besoin de personnalisation qui émerge face à des relations perçues comme abstraites et chimériques.

Un certain nombre de circulaires internes à l'hôpital ont ainsi fait l'objet de la critique dans les réunions plénières du CSMP (par exemple la circulaire concernant l'Evaluation des Pratiques Professionnelles). Ce qui est critiqué c'est cette volonté sous-jacente à ces circulaires que l'ordre soit exécuté sans discussion, sans explication et sans délai. Comme si à l'hôpital, les cliniciens devaient se soumettre totalement au règlement et devaient montrer une certaine docilité obéissante face à la hiérarchie. Par exemple, à la fin de l'année 2007, l'institution a mis en place un nouveau système de suivi des activités de chaque agent de l'hôpital appelé « Octime »². Plutôt que cela soit les supérieurs hiérarchiques de chaque agent qui surveillent directement l'activité de leur subordonné, c'est aujourd'hui à tout un chacun de remplir action par action, en temps réel, une fiche informatisée de suivi. La critique des référents consistent alors à dire que le CPA passe ainsi d'un gouvernement par les ordres à un management par la réalisation d'activités, d'une surveillance hiérarchique à la mise en œuvre d'une autonomie (auto)contrôlée. En même temps, ce qui est contrôlé n'est plus tant l'activité physique mais plutôt l'activité mentale, réflexive.

Cet impératif gestionnaire exerce sur les agents de l'hôpital un pouvoir qui leur pose problème car il est difficile à contester. D'une part parce qu'il opère dans l'intériorité des pratiques (cliniques et réflexives), ce qui les conduit à se contester eux-mêmes, mais surtout parce que la mise en problème, bien souvent effectuée sur le mode de la critique, ne peut se faire qu'en extériorité comme par exemple dans l'espace dialogique ouvert des réunions plénières, comme nous pouvons l'observer ici. Le CSMP joue alors le rôle d'une instance « méta », qui comme l'a bien montré l'école de Palo Alto, permet d'échapper à une

¹ Mme PARTSON, réunion plénière, 27 octobre 2006.

² Octime est le nom d'un logiciel de gestion de planning.

communication paradoxale en communiquant sur le paradoxe lui-même¹. Au CSMP, il semble s'agir de dire qu'on ne peut échapper à un pouvoir paradoxal qu'en démontant ses différents mécanismes. Une des interrogations qui revient constamment dans les réunions plénières consiste alors à trouver les moyens de procéder à la mise en réflexivité de ces problèmes de mandarinage et d'impératif gestionnaire tout en ayant bien conscience que les référents sont eux-mêmes pris à l'intérieur du système.

3. La « Charte d'accueil des personnes démunies » : une production de normes pour répondre aux problèmes

En 2001, pour les psychologues RMI, comme pour les référents, il devient urgent dans un contexte où tout le monde a des difficultés à définir ce qu'est la précarité, d'initier une réflexion concernant les limites des champs d'action dans lesquelles s'engage le CSMP. Nombreux sont ceux qui pensent que le CSMP ne dispose pas de lignes stratégiques suffisamment claires, tant en termes de politique de soin que dans les activités engagées. Face à ce problème, Mr TABARY propose de mettre en place quatre sous-groupes dans le groupe des référents, chargés de mettre en ordre les différentes activités engagées :

« Des groupes de réflexion traitant chacun d'un chapitre ont été constitués et un référent par groupe [de référent] désigné. Chaque groupe établira un calendrier des rencontres, après concertation entre les membres.

- Niveau terrain : définir ce qui existe déjà et ce qu'on peut proposer dans les secteurs.
- Niveau partenariat : fonction de mise en lien entre intra et extra : CHRS, CCAS, groupe supra CSMP, RESEAU, peut-on distinguer soins et prévention.
- Niveau recherche : repérage des besoins, enquêtes, groupe de réflexion du style « non demande »
- Niveau formation : IFSI, partenariat avec l'ORSPERE. »

Compte-rendu de plénière, 13 juillet 2001.

De ces groupes de réflexion émerge l'idée de la création d'une charte appelée initialement « Charte de bonnes procédures pour l'accueil des personnes en état de précarité »² et qui prendra finalement le nom de « Charte d'accueil des personnes exposées à la précarité et à l'exclusion ».

¹ WATZLAWICK P., HELMICK BEAVIN J., JACKSON DON D., (1967), *Une Logique de la Communication*, Paris, Seuil.

² Compte-rendu de plénière, 14 décembre 2001.

CHARTRE D'ACCUEIL DES PERSONNES EXPOSEES A LA PRECARITE ET A L'EXCLUSION

RECONNAITRE LA SPECIFICITE DE CES SITUATIONS ET DE LEURS IMPLICATIONS CLINIQUES

- ◆ Identifier la prévalence de la dimension psychosociale.
- ◆ Repérer les signes de souffrance et de dysfonctionnement liés au processus interne de précarisation (y compris la non-demande).
- ◆ Prendre en compte la demande qu'elle soit formulée explicitement ou non.

ADAPTER LES PRATIQUES SOIGNANTES A LA CLINIQUE PSYCHO-SOCIALE

- ◆ Accepter des demandes formulées par un tiers qui peuvent amener à des conseils ayant valeur de soin indirect.
- ◆ Faciliter l'accès aux soins par une souplesse d'organisation face à l'urgence sociale.
- ◆ Privilégier la continuité de la prise en charge y compris hospitalière.
- ◆ Adapter la transmission des informations concernant la santé de la personne, dans le cadre du partenariat avec l'environnement social.

ENGAGER LE SECTEUR, L'INTERSECTEUR OU LE DISPOSITIF INTERSECTORISE DANS UNE POLITIQUE DE MISE EN RESEAU

- ◆ Rechercher et développer toutes modalités de partenariat.
- ◆ Répondre aux demandes de représentation dans les instances concernées.

DEVELOPPER DES ACTIONS DE FORMATIONS ET DE RECHERCHE

- ◆ Favoriser la formation du personnel.

Cette Charte, accompagnée d'un document de référence explicatif, permet de cadrer l'intervention clinique des référents du CSMP. Il ne s'agit cependant pas, pour eux, d'être trop normatifs d'où le changement de titre laissant de côté les termes de « bonnes procédures ». Il s'agit de fournir un outil aux activités de sensibilisation effectuées par les référents auprès des professionnels des CMP en « affichant » la volonté de se tenir loin de toute confusion des rôles. S'il s'agit de travailler avec des partenaires, de faire du réseau un support de la clinique, chacun doit intervenir dans son domaine de compétence. Pour les référents du CSMP, c'est l'articulation des compétences de chaque professionnel qui fait clinique et pas le glissement de ces compétences sur chacun des partenaires.

Un programme de rencontres dans les secteurs est validé par le CSMP en vue de présenter cette Charte et de mettre en place ce que le CSMP appelle des « cellules précarité »¹. Chacune de ces rencontres doit mobiliser plusieurs référents, idéalement une infirmière, une assistante sociale et un médecin, ainsi que « des représentants du secteur, si possible au niveau médical,

¹ Compte-rendu de plénière, 11 janvier 2002.

et les membres de ce secteur siégeant au CSMP. » L'objectif de ce « tour des secteurs » est « d'explicitier le programme du CSMP, de se livrer à une exploration des besoins et des demandes, de présenter la Charte, et de constituer l'ossature de la « cellule précarité locale » »¹.

Dès le début de l'année 2002, les réunions plénières commencent quasi systématiquement par l'ordre du jour « Tour des secteurs ». A la manière des réunions de service dans les CMP où les infirmières « font le tour » des patients du service, les « plénières » deviennent des supports permettant de rendre compte des difficultés et des avancées ressenties par les référents dans la prise en charge des personnes en situation de précarité dans les CMP. Il s'agit également de se faire relais des difficultés de la prise en charge ressenties par les partenaires sociaux de ces CMP, comme par exemple la problématique de la « non demande » ou de la demande croisée. Les référents du CSMP catalysent ainsi toute l'information émanant des champs sanitaires et sociaux de leur secteur pour les faire remonter au CSMP, qui les centralise :

« Le CSMP n'est pas très identifié à l'intérieur du CPA, plusieurs points sont abordés : manque de clarté du contenu, résistance des secteurs avec peur d'être débordés par des demandes. La tendance au rétrécissement de l'activité du fait de la restriction des moyens : problème de l'avenir de la psychiatrie.

Défaut de communication, de valorisation de l'activité du CSMP.

Plusieurs idées sont évoquées pour y remédier : création d'un logo, ouvrir les réunions cliniques (qui n'ont pas commencé) à l'ensemble du CPA à titre de formation ; de mettre systématiquement un mot dans « Mission » [le journal du CPA].

Les questions du temps : Faut-il demander du temps individualisé, au risque de se trouver enclavé ou faut-il au contraire continuer avec du temps prélevé mais disséminé et pas toujours facile à recruter ? Plusieurs hypothèses sont évoquées notamment celle de détachement pour mission.

Le relais sur le terrain ne se fait pas toujours facilement, les demandes en provenance des secteurs ne sont pas toujours entendues. [...]

On s'interroge sur la difficulté à relancer (sur Oyonnax et sur la Côtère notamment), des actions de formation type ORSPERE. Alors que les moyens ne manquent pas au niveau de la DDASS (dans le cadre des PRAPS). »

Compte-rendu de plénière, 11 octobre 2002.

La Charte se nourrit donc de l'apport des différentes réflexions stratégiques en provenance des débats qui se tiennent pendant la première partie des réunions plénières et des analyses faites pendant la seconde partie où, à partir du mois de novembre 2002, sont présentés et discutés des « cas cliniques »².

¹ Compte-rendu de plénière, 11 janvier 2002.

² Le contenu de la deuxième partie des réunions plénières est étudié dans le chapitre 7.

Au printemps de l'année 2003, une réflexion stratégique s'engage concernant l'« acheminement » de la Charte dans les différents secteurs psychiatriques du département. C'est seulement au mois de novembre 2003, après que la Charte ait été validée par la CME que son mode de diffusion est arrêté :

« On convient qu'on rencontrera d'abord les référents un par un, et que l'on se basera surtout sur la mise en valeur de ce qui est fait dans les secteurs et intersecteurs. Les référents nous indiqueront quelle est, selon eux, la meilleure manière de procéder selon la spécificité de leur secteur. »

Compte-rendu de plénière, 14 novembre 2003.

Au cours de l'année 2004, la présentation de la Charte suscite diverses problématiques liées aux difficultés que rencontre le CSMP depuis son origine (politique de secteur, définition de la précarité). Face à ces difficultés, les réunions plénières servent de régulation où les référents y puisent des arguments tant en termes de contenu qu'en termes de stratégie de sensibilisation.

Au fil des mois qui passent, le nombre d'interventions concernant la diffusion de la Charte dans les CMP augmente, ce qui pose dans un premier temps, la question du recrutement d'un professionnel pour assurer la charge de travail liée à cette activité de sensibilisation avec Mr TABARY mais dont les membres du CSMP ne savent pas trop encore à quel corps de métier il appartiendra (infirmier, médecin, étudiant en DESS de psychologie, ou cadre infirmier de proximité). En même temps, le Département d'Information Médicale demande au CSMP de commencer à mettre en œuvre un processus d'évaluation de ses pratiques professionnelles à partir, entre autres, d'indicateurs de suivi de la Charte. Il est alors envisagé de mettre en place un suivi de la Charte qui a deux objectifs : (1) évaluer l'action mise en œuvre, (2) améliorer la mobilisation des membres du CSMP. L'accueil d'un doctorant en psychologie et le renforcement de l'équipe du CSMP par le recrutement d'un cadre infirmier de proximité ayant un temps spécifique CSMP est alors proposé lors de la réunion bureau du 3 septembre 2004. C'est à partir de cette réflexion que Mme POTTER, cadre infirmier de proximité, est nommée une année plus tard, au mois d'octobre 2005, coordinatrice du CSMP. Sa mission est d'organiser les activités du CSMP et de coordonner les différents référents dans les secteurs, intersecteurs et en intrahospitalier.

La fin de la présentation de la Charte dans les secteurs a lieu avec le service de psychogériatrie au mois de janvier 2005. Au cours de cette rencontre, différentes problématiques sont abordées telles que « *l'errance des personnes âgées dépendantes, le rejet*

des personnes âgées précarisées par leur dépendance et par l'importance des moyens qu'elles demandent et qui dépassent leurs ressources propres (alors qu'elles n'avaient pas connu la précarité du temps de leur activité), des ventes abusives de biens des personnes sous tutelle »¹. Il est alors décidé que le Service intrahospitalier des Personnes Agées (DPA), ainsi que le service extrahospitalier appelé « le Château » délèguent des référents au CSMP.

4. La présentation des cas cliniques en deuxième partie de « plénière » : un espace réflexif pour une clinique plurielle

« L'idée de créer des groupes de réflexion clinique est abordée d'une manière générale. [...] L'orientation retenue serait plus en faveur de groupes cliniques regroupant des soignants s'investissant dans ce domaine de la précarité, quelques participants extérieurs à condition qu'ils soient formés dans le plan clinique. Commentaire de cas cliniques et abord théorique. [...] Après discussion, on propose de mettre en place un groupe de réflexion clinique constitué des membres du CSMP et de soignants extérieurs venant présenter un cas. Il appartiendra à chacun de solliciter son secteur. [...] Les participants qui viendront présenter le cas pourront inviter un partenaire extérieur au CPA, à condition que celui-ci ait un minimum de formation et de capacité d'entendre un discours purement clinique. L'objectif de ces groupes resterait effectivement une approche clinique, diagnostique, psychodynamique, portant un regard sur la démarche relationnelle, intime. Par cette approche, on tentera de contrebalancer le besoin de réponses urgentes, pratiques, sociales ou thérapeutiques, qui caractérisent habituellement les groupes de réflexion mixtes, type : Réseau Santé Mentale. [...] Le groupe pourrait se réunir tous les deux mois, à la suite d'une réunion plénière. [...] Les cas cliniques proposés seront présentés succinctement au Bureau, qui déterminera lequel sera retenu, en fonction des impératifs de diversification des secteurs, des dispositifs, et pour éviter la répétition de cas similaires. »

Compte-rendu de réunion plénière, 12 avril 2002.

La présentation des « cas cliniques » en deuxième partie de réunion plénière débute en novembre 2002 et s'est poursuivie mensuellement de manière quasi continue tout au long de la période étudiée. Un récapitulatif placé en annexe² retrace l'ensemble des interventions effectuées ainsi que le nom de l'intervenant. Les deux tableaux ci-dessous synthétisent ce récapitulatif et donnent un aperçu de la qualité « hybride » de ces deuxièmes parties de réunion plénière.

¹ Compte-rendu de plénière, 28 janvier 2005.

² Cf. annexes du chapitre 2 - Récapitulatif des interventions effectuées lors des « réunions plénières » (2002-2007).

Discipline	Institution	Statut	Occurrence
Travail social	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Social	Educateur Spécialisé	3
		Animatrice	1
		Responsable de structure	1
	Conseil général	Assistant social	1
		Adjoint social	1
	Centre Psychothérapique	Assistant social	3
	Structures d'insertion	Conseiller	1
	Ecole	Assistant social scolaire	1
	Hôpital de médecine générale	Conseillère en Economie Sociale et Familiale	1
	Foyer social	Responsable de structure	1
Centre d'action éducative, protection judiciaire de la jeunesse	Directeur d'établissement	1	
Médecine	Centre psychothérapique	Psychiatre	10
		Cadre infirmier supérieur	1
		Infirmier	7
	Association	Psychiatre	1
		Infirmier	1
		Médecin	1
	Hôpital de médecine générale	Médecin urgentiste	1
Centre Communal d'Action Sociale	Médecin	1	
Psychologie	Foyer hébergement	Psychologue	1
	Centre Psychothérapique	Psychologue	8
	ORSPERE	Psychologue	1
Sociologie	Association	Sociologue - cadre	1
	Université	Sociologue - maitre de conférence	1
Journalisme	Journal local	Journaliste	1

Tableau 1: Positionnement et occurrence des intervenants dans la seconde partie des réunions plénières (2002-2007).

	Occurrence
Présentation de cas	19
Présentation de dispositifs	8
Partage d'expérience	5
Débat politique	3
Conférences	2
Présentation de recherches ou d'évaluations	2
Appuis techniques communication	1
Notes de lecture	1
Présentation de Lois	1

Tableau 2: Types et occurrence des interventions dans la seconde partie des réunions plénières (2002-2007).

La psychiatrie, le travail social et la psychologie sont les trois disciplines les plus mobilisées pour intervenir dans ces réunions. Transversalement à leur institution de rattachement ce sont les psychiatres (11), les psychologues (10), les infirmiers (8) et les assistants sociaux (5) qui interviennent le plus fréquemment. D'autre part, la présentation de cas, si elle est

l'intervention la plus fréquente (19/42), ne se réduit pas à celle du « cas clinique ». Il peut s'agir également d'interventions portant sur des dispositifs spécifiques (8/42) réalisées par un professionnel extérieur au CPA, qu'il soit de terrain ou institutionnel. La diversité de statut des intervenants (acteurs de terrain, cadres institutionnels, chercheur) affirme la volonté du CSMP de croiser les techniques et les postures professionnelles. La totalité du caractère hybride de ces deuxièmes parties de réunion plénière nourrit la démarche de sensibilisation auprès des professionnels du CPA comme celle des partenaires sociaux qui assistent régulièrement à ces interventions.

5. La formation des élèves infirmiers dans les IFSI du département : transmettre son expérience et ses réflexions

Dès le mois de mai 2000, le CSMP réfléchit à la manière de transmettre son expérience et ses réflexions concernant la clinique de la précarité aux étudiants des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) du département. Les référents du CSMP souhaitent initialement que le programme de ces formations soit constitué de trois temps « *clinique, psychologique, échanges sur les actions mises en place* »¹. La demande des différents IFSI est, quant à elle, aussi diverse et variée que les représentations de la précarité des formateurs de ces instituts. Ainsi l'IFSI du CPA propose en 2001 d'intégrer cette formation dans un module intitulé « *Urgence globale* » qui traite de manière générale toutes les pathologies susceptibles d'être accueillies dans une unité d'urgence. La même année, l'IFSI de Fleyriat propose de l'intégrer dans un premier module « *Soins de Santé Primaire et Communautaire, option Humanitaire* » et dans un second « *Approfondissement en Soins Infirmiers* ».

A la suite de ces différentes interpellations, le CSMP élabore un programme plus détaillé permettant de mieux situer le CSMP et ses activités. Il s'agit de présenter aux étudiants infirmiers : les aspects historiques de la prise en charge des personnes en situation de précarité, la Loi de 1998 de lutte contre les exclusions, le Rapport LAZARUS, le rôle de l'ORSPERE, la nécessité d'un dispositif de lutte contre la précarité dans le département entrant dans le cadre du PRAPS et du SROS², des situations de précarité, des outils de détection de la souffrance liée à la précarité, les éléments des « réseaux » institutionnel et

¹ Compte-rendu de plénière, 26 janvier 2001.

² SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.

professionnel¹. Pour autant, l'intervention du CSMP continue d'être intégrée dans des modules de formation qui, pour les référents du CSMP, ne cadrent pas avec son contenu. En 2003, l'IFSI du CPA intègre l'intervention des référents dans un module intitulé « *Pathologie et perversions* ». L'année suivante, il rentre dans le module « *Santé publique* ».

Afin d'ancrer les activités du CSMP dans le réseau de formation du département, dès le mois de décembre 2002, un représentant des IFSI de Bourg-en-Bresse est invité à participer aux réunions plénières du CMSP.

6. La diffusion de ressources bibliographiques via le réseau intranet et la bibliothèque du Centre Psychothérapique de l'Ain : rendre disponible en permanence les savoirs mobilisés

La sensibilisation des professionnels du CPA est également nourrie par la recherche constante d'étayages bibliographiques par les référents du CSMP. Que ce soit à travers des textes techniques concernant la psychopathologie ou la clinique psychosociale, des rapports de l'action publique ou des lois et circulaires en provenance des différents ministères traitant de la question santé mentale précarité, toutes les ressources rencontrées par les référents sont potentiellement en mesure d'être mises sur la scène des débats offerte par les réunions plénières. Pour cette raison, la bibliothécaire du CPA est, dès le début du dispositif, considérée comme une référente du CSMP. Mobilisée lors de recherches bibliographiques pour préparer une intervention ou une journée débat, cette dernière s'est toujours montrée particulièrement investie dans les réponses qu'elle peut apporter aux membres du CSMP. Inversement, le CSMP n'hésite pas à proposer à la bibliothécaire l'achat de tel ouvrage, ou l'abonnement à telle revue, jugés suffisamment importants pour figurer dans les rayons de la bibliothèque. Cette liaison avec la bibliothèque permet ainsi au CSMP de laisser la possibilité à tout quidam intéressé par la problématique santé mentale précarité de prendre contact avec lui, qu'il soit professionnel du CPA ou non, puisque la bibliothèque de l'établissement est ouverte au public.

Un autre mode de diffusion des travaux et des ressources bibliographiques du CSMP est possible à travers le réseau intranet du CPA. Ce réseau, étendu à toutes les structures intra et

¹ Compte-rendu de plénière, 18 mai 2001.

extrahospitalières du CPA, permet aux professionnels de l'établissement d'échanger, entre autres, via une boîte de courrier électronique des informations bibliographiques mises préalablement sur le réseau. Cependant, il existe une certaine limite dans ces échanges dans la mesure où, d'une part, les postes informatiques dans les services sont peu disponibles pour les référents infirmiers, du fait de l'emplacement physique de ces postes dans le bureau d'un cadre ou du médecin-chef, ou encore du fait que l'infirmier ne dispose pas de temps réel pour lire son courrier électronique. D'autre part, pour mettre tout type d'information sur le réseau intranet du CPA, il faut, jusqu'en 2008, passer par le service informatique chargé de contrôler la présence de virus informatiques. L'échange de documents en provenance d'internet ou même d'ordinateur personnel s'en trouve d'autant plus alourdi.

7. Les enquêtes et les recherches : sensibiliser par l'écoute des besoins

Les enquêtes et les recherches sont présentes dès l'origine du CSMP comme nous l'avons vu lorsqu'il s'agissait de mettre en réflexivité le pouvoir de la psychiatrie mandarinale. Il peut s'agir d'enquêtes effectuées par un (ou plusieurs) référent(s) visant à évaluer les besoins dans les secteurs, de questionnaires interrogeant l'impact des activités du CSMP sur les pratiques cliniques des équipes soignantes (Evaluation des Pratiques Professionnelles, cf. Chapitre 6) ou encore de recherches thématiques visant à mieux comprendre la nature de la précarité dans le département de l'Ain¹.

Réflexion sur les pratiques dans le secteur 6 :

1- La souffrance des responsables de foyers et notamment à l'Accueil Gessien face à des malades en très grande fragilité psychologique voire en souffrance psychique, qui se trouvent isolés, avec le plus souvent renvoi par les hôpitaux, absence de relais, difficulté à mobiliser les médecins généralistes sur place.

2- Le problème de l'absence de structures spécifiques, notamment d'appartements de transition. Une information est donnée sur ce point.

3- La manière dont sont appréciées les présences infirmières ou la recherche d'autres relais : médecins généralistes. Peut-on faire des VAD² sans consultation médicale ? La question du secret médical et des échanges entre professionnels.

4- Quelques divergences d'appréciation sur l'orientation vers les psychologues RMI, à partir de la CLI ou des centres d'action sociale.

Globalement la précarité (on se demande s'il ne faudrait pas changer de nom), semble plutôt perçue à travers la difficulté de gestion de la maladie mentale, et, à un moindre degré, les troubles psychiques résultant de la situation sociale défavorable.

Les partenaires se connaissent bien, les échanges y sont authentiques et éclairés. Ils permettent de réaliser qu'ils ne peuvent pas faire l'économie de liens, d'actions et de

¹ Un récapitulatif de l'ensemble des enquêtes effectuées par les référents du CSMP entre 2000 et 2004 a été placé dans les annexes du chapitre 2.

² VAD : Visites A Domicile.

démarches concrètes, notamment dans les situations critiques. Ce terrain reste à explorer, en particulier au regard des restrictions de moyens dans la psychiatrie. L'impression finale est que ce secteur, objet d'un travail relationnel ancien, est à maturité pour la création de réseaux pérennes, ce qui, en dehors de l'intérêt intrinsèque, pourrait permettre de mieux faire remonter les besoins des partenaires les plus en souffrance.

Un exemple d'analyse locale des besoins dans les secteurs.
Compte-rendu de plénière, 11 avril 2001.

En septembre 2004, en même temps qu'est imaginée la création du poste de coordinateur du CSMP, le groupe des référents propose le recrutement d'un doctorant en sociologie. Si le poste de coordinateur est associé au suivi de la Charte dans les secteurs et au travail de lien entre les référents, le recrutement d'un sociologue apparaît quant à lui dans un contexte d'évaluation quantitative et qualitative de l'ensemble des activités du CSMP.

« Le docteur TABARY expose les données du problème que pose le suivi de la Charte dans les secteurs qui devrait constituer l'axe du travail du CSMP au cours des prochains mois. Plusieurs pistes sont abordées concernant les moyens pour accomplir cette tâche.

Intervention de Monsieur DUPOND qui aborde la question de la priorité de la Précarité dans les diverses missions du CPA et de la spécialisation. S'ensuit un long débat auquel participent la plupart des référents ici présents.

Un certain nombre d'idées se dégagent en ce qui concerne le profil de poste et le positionnement des personnes chargées d'assurer ce suivi, et donc une sorte d'évaluation de l'adhésion des lieux de soins à l'accueil spécifique aux personnes en situation de précarité : Proximité fonctionnelle ; Autorité : ce qui oriente plutôt vers une assistante sociale ou un cadre infirmier de proximité ; Appui sur des indicateurs qui restent à établir ; Interventions ponctuelles sur les lieux de représentations du CSMP (« piqure de rappel » : Mr BLANC).

Parmi les indicateurs évoqués : l'évaluation quantitative, les délais d'attente dans les CMP, la qualité du travail en partenariat, l'évolution de la demande des partenaires sociaux envers la psychiatrie, L'application de la PASS. Au total, on prend note de l'engagement de Monsieur DUPOND à étudier la demande de moyens en personnels. On retient la possibilité de recruter un doctorant en sociologie (et non en psychologie) dont la fonction a été qualifiée « d'accessoire ».

Compte-rendu de réunion plénière, 24 septembre 2004.

Au cours des années 2005, 2006 et 2007, le CSMP a réuni un ensemble d'informations et d'évaluations des besoins des professionnels sanitaires et sociaux confrontés dans le département de l'Ain à la précarité, et ce, à partir de différentes sources d'informations :

« Internes au CSMP : questionnaire sur les besoins diffusés dans les CMP du département, enquête des besoins des CHRS, bilan annuel des travaux du Réseau Santé Mentale Précarité, du réseau avec les CHRS, des Espaces Rencontres, de l'activité des Psychologues RMI,

enquête interne au CPA dans le cadre de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles. Rapport annuel du CPA. Réunions de travail du CSMP.

Externes au CSMP : Schéma Département d'Hébergement, d'Insertion et d'Accueil de l'AIN (SDAHI), cahier des Charges (annexe de la circulaire du 23/11/05), informations du Service social du CPA, diagnostics sanitaires du BUGÉY et du Pays de GEX, lectures des projets d'Equipe Mobile Santé Mentale Précarité (St ETIENNE, ROUEN, LYON, MORBIHAN, ARDENNES, ARIEGE, YVELINES), participation à la première journée nationale des équipes mobiles à l'hôpital de STE ANNE (Paris) au mois de juin 2007 »¹.

Les résultats des évaluations menées par les référents du CSMP entre 2005 et 2007 permettent de dégager un ensemble de données quantitatives et qualitatives² qui servent à la fois à sensibiliser les agents de l'hôpital lorsque les référents leur rendent visite et à argumenter l'intervention clinique du CSMP auprès de sa tutelle et de ses bailleurs³.

II. Connaître les partenaires à travers des activités d'étayage et de réticulation

Dès l'année 2000, les référents du CSMP initient une réflexion sur « l'ouverture vers l'extérieur », dans le cadre du « réseau secondaire » (chapitre 1).

« Il nous semble important de garder une certaine cohérence interne. Les travailleurs sociaux doivent eux-mêmes définir leur représentativité et leur mode d'intégration. L'accueil de ces partenaires doit être pensé. Le Dr TABARY et Mme THOMAS se proposent de mener cette réflexion. Il faudrait également que soient représentés dans le CSMP la direction et un psychologue RMI. »

Compte-rendu de plénière, 26 mai 2000.

« Point sur le développement du CSMP par le recrutement d'un infirmier afin d'assurer continuité et mobilité d'action sur le terrain via :

- 1- Soutien d'actions « précaires » existant dans les CMP,
- 2- Mise en place de structures ou de réseaux Santé Mentale Précarité dans certains secteurs,
- 3- Initiation dans d'autres. »

Compte-rendu de plénière, 11 avril 2001.

¹ Source : Projet d' « Equipe Mobile Santé Mentale Précarité du département de l'Ain (EMSMP)- Projet 2008 : Création d'une Unité Mobile », p. 8.

² Un récapitulatif de ces données a été placé dans les annexes du chapitre 2.

³ Cf. annexes du chapitre 2 – Budget du CSMP.

Au fur et à mesure que le dispositif se développe, des activités d'étayage des pratiques professionnelles et de réticulation institutionnelle se donnent à voir à travers trois types de dispositifs :

- Le réseau Santé Mentale Précarité de Bourg-en-Bresse ;
- Les Espaces Rencontres CHRS-CMP ;
- Les réseaux institutionnels locaux.

1. Le Réseau Santé Mentale Précarité de Bourg-en-Bresse : vers une écoute collective

Le Réseau Santé Mentale Précarité (RSMP) est un dispositif qui a été mis en place en 2000, en même temps que le CSMP, suite à la formation-action effectuée par l'ORSPERE. Il répond à ce que l'ORSPERE appelle le « réseau externe »¹. Il vise à favoriser l'accès à la prévention et aux soins sur la ville de Bourg-en-Bresse (et non sur le département comme le CSMP) en promouvant d'une part « *le croisement et la mutualisation des points de vue professionnels à partir de situations concrètes* » et, d'autre part, la réflexion commune « *sur des questions de santé publique/santé mentale afin d'améliorer l'offre et l'articulation sanitaire et sociale* »².

Ainsi, chaque mois depuis l'année 2000, le RSMP rassemble des professionnels appartenant à diverses institutions du social, du médico-social et de la psychiatrie.

Le psychologue responsable du CSMP était un des trois membres initiaux du bureau du CSMP, Mr HUNTER. Son profil de poste a été établi par l'ORSPERE.

Animation du réseau primaire (échanges de pratiques professionnelles)

Qualités requises :

- une bonne connaissance des secteurs psychiatriques et du champ de l'action sociale ;
- une compétence de psychologue (gestion des groupes professionnels mixtes) ;
- une double qualité d'écoute en tant que clinicien mais aussi concernant l'écoute clinique des implications interinstitutionnelles (contexte social où se développe la clinique).

Fonction :

Trois fonctions sont requises :

- **Animation** : préparation des réunions, contacts divers, relance des professionnels, compte-rendu des réunions, formation concrète du réseau.
- **Développement** : capacité à créer une dynamique interprofessionnelle, ouverture du réseau à d'autres secteurs du soin ou du social, maintenir le réseau dans un espace « transitionnel »... Il

¹ Cf. supra chap. 1.1.4. *La formation-action organisée par l'ORSPERE : l'émergence d'un espace dialogique entre la psychiatrie et le travail social (2000)*.

² Extraits du rapport « Constitution du réseau « Santé Mentale Précarité » Bourg-en-Bresse » écrit par l'ORSPERE le 10 octobre 2000.

s'agira aussi de peser les conditions de faisabilité du réseau secondaire, thèmes abordés, constitution exacte des institutions représentées...

- Conception : mutualisation des expériences, conceptualisation d'une clinique dans le champ psycho-social, capacité à faire circuler les expériences et les pratiques innovantes.

Temps de travail :

3 demi-journées par mois.

**Proposition de poste faite par l'ORSPERE à la fin de l'année 2000
pour la mise en place de l'animateur du RSMP.**

Mr HUNTER est un collègue de longue date de Mr TABARY. Après avoir travaillé dans un service de rééducation d'enfants vivant avec des problèmes somatiques (traumatismes crâniens, grands brûlés), il arrive dans la psychiatrie dans les années 80 où il prend la responsabilité d'un CATTP¹ qui appartient au secteur de Mr TABARY, alors chef de secteur. Ils ont réussi ensemble à modifier la politique de ce CATTP en cherchant à l'ouvrir sur la ville à travers la mise en place d'activités sportives dans les locaux de la Ville de Bourg-en-Bresse. En échange, le centre médico-social de la ville se voit faciliter l'accès au CATTP pour avoir un premier rendez-vous avec un infirmier ou un psychologue plus rapidement. *« On observait une certaine forme de chronicisation dans le CATTP et d'autre part si on essayait d'analyser ça autrement on avait dans le CATTP des patients qui allaient très bien mais qui n'arrivaient pas à transférer à l'extérieur les choses qu'ils pouvaient faire dans le CATTP. Il y avait donc besoin d'un dispositif qui jouait le rôle de contenant institutionnel, et qui permettait au patient de développer des attitudes qui étaient de moins en moins folles. [...] Donc l'idée qu'on a eue c'est de favoriser ce mouvement de transfert en faisant des choses sur des lieux sociaux, dans lesquels on pouvait, et les patients ont pu, puisque maintenant ça fait depuis 80 que ça marche, s'inscrire dans des activités, au centre social, en dehors de tout contexte médical : c'était thérapeutique mais social. »* (Mr HUNTER, psychologue, membre du bureau du CSMP, responsable du RSMP).

Dès le début de son activité psychiatrique, Mr HUNTER cherche à résister à ce qu'il appelle le « *diktat psychiatrique* »² qui consistait à faire du soin une injonction. Cette injonction entraîne selon lui d'une part une vision binaire des patients du côté des psychiatres, « *être ou ne pas être dans le soin* », et d'autre part une souffrance chez les infirmières qui n'arrivent pas à penser leur travail en dehors de ce cadre, alors que les patients semblent les solliciter ailleurs. Pour Mr HUNTER, « *on ne peut pas soigner quelqu'un si on lui dit qu'il est fou, si on*

¹ CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel.

² Entretien individuel avec Mr HUNTER.

le disqualifie tout de suite en disant qu'il est malade ». Bien au contraire, c'est en « sortant d'une idée préconçue du soin et de la fonction soignante du clinicien que semble pouvoir émerger quelque chose de nouveau du côté du patient, quelque chose qui les attache à leur réalité sociale ».

Selon Mr HUNTER, les infirmières, comme les travailleurs sociaux, peuvent être considérés comme des psychothérapeutes, ce qui donne à la psychiatrie une spécificité par rapport aux autres disciplines médicales. Ce positionnement qui préfigure celui que prendra la santé mentale, dans les années 90, a valu à Mr HUNTER de nombreux combats menés tant au sein de l'hôpital que dans les cercles psychanalytiques et les syndicats « psy » auxquels il participe. *« Je pense qu'effectivement il y a des travailleurs sociaux dans les CHRS qui ont un rôle psychothérapique. [...] Pour moi c'est très intéressant d'observer qu'il y a des gens qui sont fous mais qui ne sont pas malades, fous mais pas malades, parce qu'ils arrivent à maintenir une forme de lien social. Leur équilibre psychique est tordu, de guingois mais ils fonctionnent quand même et c'est bien les travailleurs sociaux qui sont les mieux placés pour les accompagner là où ce lien social tient. »*

Mr HUNTER dit avoir été très influencé par le mouvement de psychothérapie institutionnelle mené par TOSQUELLES¹, influence qu'il relie d'ailleurs à son engagement pour une ouverture du CATTP sur la communauté.

Mr HUNTER distingue son expérience clinique de celle d'un certain nombre de psychologues qui, même s'ils possèdent des connaissances psychanalytiques universitaires, n'ont pas intériorisé, selon lui, l'expérience de la cure analytique. *« J'ai l'impression qu'il y a un certain nombre de psychologues qui sont psychologues à l'hôpital, point à la ligne et qui n'ont pas d'autre pratique à l'extérieur. Il se trouve que moi j'ai toujours été psychologue en institution et que j'ai un cabinet dans lequel je fais de la psychanalyse et puis voilà. Les choses sont bien dissociées. Ceci dit, j'ai l'impression que la formation des psychologues induit des positions*

¹ La psychothérapie institutionnelle est une psychothérapie datant de la moitié du XX^e siècle fondée sur la modification de l'institution (la structure de l'établissement) pour transformer les relations soignants/soignés. L'institution psychiatrique cesse d'être le lieu où l'on est soigné pour devenir le lieu par lequel on est soigné. L'hôpital de Saint-Alban (autour de François TOSQUELLES), les cliniques de La Borde (Jean OURY) et La Chesnaie (Claude JEANGIRARD) en sont les principaux lieux d'expérimentation. Sans qu'une origine soit clairement identifiée, on attribue généralement à TOSQUELLES l'invention de ce courant. Les idées phares de la psychiatrie institutionnelle résident dans une conception nouvelle de la psychose postulant que dans la mesure où le psychotique a un « transfert dissocié », il est nécessaire de lui proposer des possibilités multiples de transfert. Par conséquent, il faut alors favoriser la création de lieux, d'institutions variés, il faut assurer au patient la liberté de circulation, pour qu'il puisse aller d'un lieu à un autre. Dans le même esprit, les soignants ne sont pas recrutés spécifiquement dans le secteur sanitaire, certains sont artistes, agriculteurs, etc.

cliniques pseudo-psychanalytiques. Pseudo-psychanalytiques dans le sens où la majorité des psychologues qui sont à l'hôpital n'ont pas de réelle formation psychanalytique, ils ont des connaissances universitaires, une culture psychanalytique très poussée mais ils n'ont pas de réelle formation psychanalytique. »

Il se dit fortement séduit par la théorie des cadres proposée par René ROUSSILLON et qui s'inspire elle-même de la théorie de WINNICOTT et des espaces transitionnels¹. *« Mon activité clinique se situe entre le social et le psychologique. J'ai peut-être une position très bâtarde mais je dirais que chaque rencontre nécessite la création d'un cadre original de relation avec une personne et qu'à partir de là on peut travailler, et on peut progressivement amener des personnes à effectivement utiliser ou se servir d'un cadre de travail. Mais au départ, je crois que je n'ai pas de cadre tout établi. Je ne travaille pas comme ça. Alors bien sûr que j'ai en tête les références psychanalytiques sur ce qui se fait, ce qui se fait pas mais je crois qu'il faut que chaque individu puisse arriver à comprendre ce qu'on lui propose, qu'est ce que c'est que le soin, il faut l'accompagner là dedans. »*

Sa posture clinique consiste à jouer avec les cadres de l'institution et les frontières disciplinaires, en partant du principe que ces cadres se situent avant tout dans la tête des praticiens. Face à certaines situations, son pragmatisme n'hésite pas à faire appel à la loi lorsqu'il pense que cela s'avère nécessaire. *« Par exemple c'était une vieille dame qui était folle, manifestement tout le monde savait qu'elle était folle, mais elle était riche. C'est un problème, elle était riche. Elle avait sa maison, je ne sais pas si vous connaissez en face du CMP dans le secteur 1 à Bourg. C'est une petite maison bourgeoise des années 50. Et cette femme, elle entassait, c'était une décharge sa maison, il y avait de la pourriture, ça puait, c'était dégueulasse. Eh bien, il y a eu des plaintes. Il y a eu des mains courantes. Il y a eu des choses qui ont été faites mais elles n'ont jamais été suivies d'effets parce que le seul truc c'était trouble de l'ordre public. La seule façon de rentrer dans cette situation c'était par la justice et le trouble de l'ordre public mais ça n'a pas marché parce qu'on savait qu'elle*

¹ La théorie des cadres est issue d'une interrogation sur la situation psychanalytique dans le contexte clinique des pathologies du narcissisme et de l'identité. Il s'agit pour le psychanalyste, ou de manière plus générale pour le clinicien, de prendre en compte l'histoire de la construction de la psychanalyse, les logiques manifestes ou latentes dont elle est porteuse, et les paradoxes qui la constituent. La théorie des cadres s'inscrit dans le développement de la théorie de la transitionnalité, inaugurée par WINNICOTT dans son ouvrage *Jeu et réalité*, à partir du modèle du jeu intersubjectif.

Cf. ROUSSILLON R., (2007), *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*, Paris, PUF et WINNICOTT D.W., (1975), *Jeu et réalité, l'espace potentiel ?*, Editions Gallimard.

était folle. Ils n'intervenaient pas parce qu'elle était folle. Il fallait pourtant la protéger. Je crois que, par exemple, des choses comme ça on en a vues à plusieurs reprises. Des fois, on tombe sur des situations comme ça on reste sur le cul parce que si même la loi ne fonctionne pas, c'est la cata. »

Il ne s'agit pas pour ce psychologue de faire appel à la loi dans sa fonction disciplinaire mais plutôt d'essayer d'attacher, par ce support social, la personne en situation de précarité à la réalité.

« Mr HUNTER : Par exemple, dernièrement, j'ai fait une réunion de travail avec des collègues psychanalystes et on s'est disputé très très fort parce que j'ai un patient qui était dans un tel état que, c'est un cadre supérieur dans une grande entreprise nationale, et qui parce qu'il était exhibitionniste, il a fait quatre ans d'obligation de soins, et s'est très bien entendu avec le psychiatre avec qui il a fait cinq ans... ensuite, il a voulu continuer et il est venu me voir pour faire une psychanalyse. Et donc là, ça fait huit ans ou neuf ans qu'il est sur le divan. Mais il va mieux. Et ce mec, tous les soirs il rentrait chez lui et il se sifflait une bouteille de whisky après le repas et du doliprane codéiné pour se casser. Et si ça ne suffisait pas, il faisait partie d'un club de tir, et prenait son magnum là, il allait dans son jardin et il jouait à la roulette russe.

G. PEGON : c'est ce qu'on appelle un comportement à risque...

Mr HUNTER: (rire) à un moment, j'ai, imagines-toi supporté ça comme ça deux fois par semaine. Attends le mec il me dit, je suis en train de me tuer, euh... Et un jour je lui ai dit : « écoutez maintenant ça suffit ! » Je ne lui ai pas interdit, mais je lui ai dit « si vous voulez qu'on mène cette analyse à son terme il faut que vous viviez, il faut que vous arrêtiez de boire parce que votre foie va exploser et puis il faut arrêter la roulette russe parce que voilà... Alors voilà, ça c'est une intervention dans la réalité.

G. PEGON : vous avez essayé de le responsabiliser par rapport à ses engagements dans l'analyse, dans votre relation.

Mr HUNTER : oui et alors je vous prie de croire que ça a... bien marché. Il s'est mis à rêver après. Mais par contre pour défendre ça devant mes collègues psychanalystes, ça a été chaud...

G. PEGON : parce que c'est trop dans la réalité...

Mr HUNTER : trop dans la réalité, puis trop surmoïque, puis trop... c'est actif en tout cas, voilà, c'est actif. Et je crois que ça, je me le permets beaucoup plus depuis, qu'effectivement je travaille au réseau et au carrefour. »

Extrait d'entretien individuel.

Le Réseau Santé Mentale Précarité animé par Mr HUNTER est tout entier traversé par ces valeurs d'ancrage dans la réalité, de confrontation directe avec le patient et de mobilité du cadre thérapeutique. Nous retrouvons cette malléabilité dans le caractère hybride des intervenants participant au réseau, hybridité qui, comme au CSMP, permet de construire une écoute collective.

Personnes présentes à la réunion du mois de décembre 2006	Personnes présentes à la réunion du mois de janvier 2007
<ul style="list-style-type: none"> • Assistante sociale du Centre Communal d'Action Social de Bourg. • Conseillère en Economie Sociale et Familiale d'un Centre Médico-Social. • Infirmière du service intrahospitalier du CPA (Le Château). • Cadre Infirmière de Proximité du CMP de Bourg. • Moniteur éducateur du CHRS La Parenthèse. • Educatrice spécialisée du CHRS La Parenthèse. • Educatrice spécialisée du CHRS Tremplin. • Infirmière du service du CPA (« l'Adresse »). • Conseillère en Economie Sociale et Familiale du CHRS Le Far. • Stagiaire CESF au CHRS le Far. • Psychiatre responsable du CSMP. • Psychologue responsable du CSMP. • Doctorant en sociologie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Stagiaire Assistante Sociale du CPA. • Assistante Sociale du CPA. • Cadre Infirmière de Proximité du CMP de Bourg. • Assistante Sociale du CPA. • Infirmière du service du CPA (« l'Adresse »). • Conseillère en Economie Sociale et Familiale de la PASS de l'hôpital général de Bourg (Fleyriat). • Psychologue responsable du CSMP. • Doctorant en sociologie.

Mr HUNTER : Nous à Aide Accueil aux Jeunes, on essaie de tenir une certaine position par rapport à des cas comme celui-là. On est très prudent avec les personnes qui veulent tout d'un coup une attestation de soins pour éviter d'aller en prison.

L'infirmière : en tout cas, il semble être très attachant ce jeune homme.

Mlle CLERC : ah oui, c'est vrai qu'il est agréable mais c'est d'autant plus dur qu'on a à peu près le même âge.

La Cadre Infirmière de Proximité : il y a sûrement des moments où il est plus authentique. Il faut essayer de valoriser ça. Et puis, s'il va faire son sevrage de temps en temps, c'est déjà pas mal.

Mlle CLERC : oui, c'est déjà pas mal mais il en est à son 7^{ième} sevrage. Comment on fait maintenant pour le faire avancer ? On essaie de l'aider ou on le laisse toucher le fond ?

Mr HUNTER : il en est où de son bilan hépatique ?

Mlle CLERC : pour l'instant il est jeune donc il n'a pas trop de séquelles.

Mr HUNTER: d'accord, donc ce qui nous préoccupe c'est la question de sa survie. Il faut peut-être qu'on attende qu'il ait fait le tour des impasses.

Mlle CLERC : peut-être parce que c'est vrai qu'on répond toujours à ses demandes.

Mr HUNTER: et s'il passait par le CAP.

Mlle CLERC : on lui en a déjà parlé mais il n'est pas intéressé, il dit qu'il n'est pas fou et qu'il ne voit pas pourquoi il irait à l'hôpital psychiatrique. La dernière fois aux urgences, ils ont appelé les gendarmes pour qu'ils le prennent en cellule de dégrisement. C'est dingue ça quand même.

Mr HUNTER: et pourquoi pas. Au moins, il aura un cadre pour dormir. Il dort dehors sinon.

L'infirmière : moi, j'ai l'impression que ce gamin ne demande rien. Il a juste besoin de trouver des adresses. On va toujours au devant de lui mais qu'est-ce qu'il veut lui ?

Mr HUNTER: oui, chacun à notre place, peut-être qu'on devrait lui dire voilà ce qu'on propose, tu prends ou tu ne prends pas.

L'assistante sociale du CPA : après la postcure, le centre d'alcoologie voulait lui proposer un projet de réinsertion professionnelle.

Mr HUNTER : mais bien sur... non, il a peut-être besoin qu'on le laisse toucher le fond ce jeune. Ensuite, on pourra lui proposer quelque chose.

Réunion du Réseau Santé Mentale Précarité, janvier 2007.
Un exemple d'écoute collective.

Comme le montre cet extrait de réunion, l'écoute collective est celle de la problématique d'une personne en situation de précarité racontée par un seul professionnel, problématique qui peut cependant faire écho chez les autres professionnels en présence soit du fait qu'ils aient également rencontré la personne, soit qu'ils aient rencontré une situation qui s'en rapproche. Dans la mesure où chaque professionnel possède une approche qui lui est propre, le professionnel qui expose la situation se trouve en mesure d'élaborer/réélaborer son vécu de la relation avec la personne : par exemple ici, l'écoute collective travaille la question du « lâcher prise » et de la demande de la personne. Ce faisant, l'écoute collective permet de se représenter autrement le problème par l'apport de regards neufs et complémentaires, de questions qui amènent à de nouvelles hypothèses et qui vont faire apparaître de nouvelles facettes de la situation. Il est intéressant de noter que la solution proposée dans cet exemple est une solution du non-savoir¹ où la demande est inversée : que veut le jeune finalement ? que sait-il lui-même de ses propres besoins ? En construisant collectivement cette réponse, les participants à la réunion se mettent en lien, et c'est bien la mise en scène de ces liens qui semble constituer le dispositif thérapeutique d'écoute collective.

2. Les « Espaces rencontres CHRS-CMP » : vers une écoute pluralisée

Les « Espaces rencontres CHRS-CMP » ont été créés pour tenter d'apporter une réponse au fait qu'un certain nombre de patients s'adressent à des structures d'hébergement avec une demande d'aide psychologique ou que des personnes en situation de précarité sociale s'adressent au CMP pour y trouver un hébergement : ce que ces professionnels appellent communément « la demande paradoxale. »

La forme paradoxale de cette demande entraîne bien souvent les institutions à se comporter comme des gares de triage, des centres d'adressage (d'un lieu à l'autre, d'un professionnel à l'autre) où la forme de réponse apportée est finalement l'exact symétrique de la forme de la demande. A une demande qui semble mal adressée, il est de « *procédure* »² de répondre par un réajustement de l'adressage. A une souffrance mal située l'on répond par une orientation vers l'institution qui paraît la plus adaptée à la situation. Une autre manière de répondre à cette « demande paradoxale » est donnée à voir dans les pratiques d'un certain nombre de professionnels de la psychiatrie (du côté des CMP) et du social (du côté des CHRS), qui

¹ Nous reviendrons plus en détail sur cette posture spécifique de la clinique de la précarité dans le chapitre 5.

² La mise en œuvre de procédures d'adressage peut avoir pour visée l'éducation de l'utilisateur-patient mais, le plus souvent, elle est corrélative aux contraintes gestionnaires qui pèsent sur les institutions.

cherchent pour les premiers, à intégrer une problématique habituellement réservée aux travailleurs sociaux, et pour les seconds à intégrer, dans l'accompagnement social (au logement et/ou au travail) qu'ils assurent, une réelle démarche de soin. La forme paradoxale de la demande semble interroger ainsi les professionnels sur leur propre capacité à travailler la paradoxalité de leur réponse, paradoxalité qui s'exprime dans l'entrecroisement des pratiques professionnelles.

Les Espaces Rencontres CHRS-CMP visent à mettre en œuvre un échange d'expériences et de savoirs dans l'accompagnement des personnes en situation de précarité et d'exclusion en développant des partenariats entre professionnels de la psychiatrie et professionnels du travail social. Des conventions de partenariat ont ainsi été signées depuis octobre 2001 entre le Centre Psychothérapique de l'Ain à Bourg-en-Bresse et quatre CHRS¹. L'objectif de ces partenariats est, selon le texte des conventions, de « *favoriser une mise en commun des représentations sociales et psychologiques de la précarité en rapport avec la santé mentale, dans les champs du social et du psychiatrique.* » Toujours selon ces conventions, il s'agit de « *faire reconnaître, aux équipes psychiatriques comme aux équipes éducatives, la catégorie de « précarité » comme ayant une existence clinique* », de tenter d' « *élaborer une langue commune conjuguant savoir psychiatrique et savoir sociologique* », d'« *élaborer des stratégies permettant une action préventive ou thérapeutique indirecte* », d'« *adapter les pratiques cliniques [éducatives et psychopathologiques] à la clinique psychosociale* ».

Ainsi, chaque mois, deux soignants travaillant en CMP (généralement un infirmier ou un cadre infirmier supérieur, accompagné d'un médecin psychiatre) et au moins deux membres de l'équipe éducative du CHRS (généralement des éducateurs spécialisés ou des conseillères en économie sociale et familiale) se rencontrent pendant deux heures, le plus souvent dans les locaux du CHRS, et abordent selon la terminologie utilisée des « *situations difficiles* », évoquent des « *cas douloureux* » qui conduisent les équipes éducatives dans des « *impasses* »². « *On reçoit quand même des personnes qui n'ont pas forcément de toit, pas d'entourage, si la démarche de soin est difficile à mettre en place, comment on fait ? On est bien loin d'une réinsertion socioprofessionnelle là ! Qu'est ce qu'on fait si on n'a pas les moyens de loger ces personnes ?* » (Mme LABORDE, Educatrice Spécialisée dans un CHRS).

¹ TREMPLIN à Viriat, FAR à Bourg-en-Bresse, ENVOL à Ambérieu et ALPHA 3 A à Bellegarde.

² Cf. infra chap.7.I.2.L'« *impasse psychosociale* » comme socle de l'agissabilité.

Pour tenter de sortir de ces postures douloureuses qui relèvent aussi bien de contraintes organisationnelles que de l'engagement personnel des acteurs, les travailleurs sociaux des CHRS parcourus par les Espaces Rencontres semblent s'investir d'une capacité à « *prendre soin* » des personnes qu'ils reçoivent. « *L'idée, c'est à la fois d'orienter les personnes vers un lieu plus approprié et aussi de faire du soin. Il faut que nous acceptions qu'en tant qu'éducateur nous faisons également du soin à notre niveau. Si les personnes décident de déposer leur mal-être chez nous, il faut qu'on l'accepte et qu'on travaille sur la réponse qu'on peut apporter.* » (Mme LABORDE).

Ce « *prendre soin* » du travail social n'est pas tant investi à partir des catégories nosographiques de la psychiatrie mais plutôt à travers la recherche d'une posture qui consiste à « *écouter* », « *adopter une attitude bienveillante* », « *être plus authentique* », « *être plus en proximité avec l'humain qui se trouve derrière le malade* ». « *Les Espaces Rencontres m'ont permis d'avoir moins de certitudes figées, moins de craintes à entendre une personne, moins peur de leur maladie. Avant, je pensais qu'il fallait que j'ai des connaissances sur les maladies mentales, sur la pathologie. Aujourd'hui, je m'autorise à dialoguer avec ces personnes, à parler de leur souffrance, et surtout à parler de ce que ça nous fait à nous de les voir comme ça. Par exemple, je n'hésite plus à leur dire que je suis inquiète pour eux ou qu'ils me mènent en bateau et que je ne suis pas d'accord. On apprend à ne pas être dupe de tout, ne pas se laisser bouffer par les gens. [...] L'équipe du CMP nous vulgarise avec ces gens-là. Ça amène à être plus humble, la personne est malade mais elle reste une personne, on est plus humain. [...] on a un autre regard et peut-être une écoute meilleure de cette personne qui nous permet de la respecter plus, d'être plus bienveillant et de répondre de manière plus adaptée. [...] Les Espaces Rencontres nous permettent de prendre de la distance par rapport à la situation et surtout de savoir comment on aborde la personne différemment.* » (Mme DESPRISES, Conseillère en Economie Sociale et Familiale dans un CHRS.)

Dans cette recherche de posture clinique, les catégories de « patient », d'« usager » ou de « bénéficiaire » font place à la catégorie de « personne ». Cette manière de prendre l'individu et de le reconnaître, qui n'arrive généralement pas sans que ne soit interpellée la psychologie

humaniste¹, est attentive à ses ressources et permet d'améliorer sa capacité d'expression. Pour ce faire, l'une des fonctions des Espaces Rencontres est de superviser, au sens de compagnonnage, la posture clinique des travailleurs sociaux en proposant un étayage de leur propre capacité à appréhender leurs ressources et leurs expressions face à la souffrance de l'autre. Ce processus d'apprentissage d'une clinique humaniste amène les travailleurs sociaux à faire un pas de côté, à « *prendre de la distance* » et à s'interroger à nouveaux frais sur leur pratique. « *Ca permet d'exprimer ses limites et de s'en saisir. On est responsable des personnes que l'on suit mais jusqu'où et comment est-on responsable ? Est-ce qu'il faut à tout prix que ces personnes soient dans la norme ? A quel prix ? [...] on peut réfléchir à comment on peut tendre la main différemment à ces gens-là, sans se situer en permanence dans l'assistance. [...] on ne peut plus faire l'économie du travail avec le CPA et on a tout intérêt à tisser des liens et à avoir des écoutes. [...] on s'est dit qu'on devait essayer de travailler en paire.* » (Mme LABORDE.)

Les Espaces Rencontres proposent ainsi de penser en commun la réponse à apporter en travaillant une posture d'« *abordage* ». Cette posture, étayée par le « *toucher* », le « *conseil* », les « *suggestions* » de l'équipe du CMP, possède sa propre stratégie : « *contourner le problème* », « *prendre la personne sous un autre angle* », « *apprendre à ne pas parler à la personne de son problème directement et tout de suite.* » Cette posture nécessite donc une certaine pratique de la latéralité plus que de la frontalité, une certaine pratique de son intériorité sans pour autant être dans l'analyse systématique de son ressenti et de son « *contre-transfert* ». « *Au contraire de l'analyse de la pratique où on a tendance à se cibler principalement sur nos propres ressentis, là on parle de la personne, on parle aussi de ce qu'on peut ressentir par rapport à cette personne mais on parle surtout de la personne et comment l'aborder.* » (Mlle LACOSTE, stagiaire éducatrice spécialisée dans un CHRS.)

Si les travailleurs sociaux sont amenés à redéfinir les limites de leur mission éducative c'est que la visée n'est plus tant celle de l'insertion (par le logement ou par le travail) mais celle qui permet de mettre en œuvre un processus d'autonomisation à partir de la démarche de soin. « *On est là pour amener la personne vers l'autonomie et le mieux être dans cette société là. On parle de personnes qu'on connaît ensemble.* » (Mme DESPRISES.)

¹ L'ouvrage le plus souvent cité par les cliniciens rencontrés est celui de Carl R. ROGERS, *Le développement de la personne*, Dunod, (1^{ière} éd. 1968).

Dès lors que la qualité de la réponse dépend de la qualité de l'étayage porté, comme dans le Réseau Santé Mentale Précarité, par le collectif, les différents protagonistes de la démarche de soin n'ont plus d'autre choix que d'être bien attachés entre eux, car c'est de cet attachement réciproque, de cette interdépendance, que dépendra la mise en œuvre ou non du processus d'autonomisation de l'individu. En tentant ainsi de conjuguer *attachement* et *autonomie*, les professionnels engagés dans ce dispositif proposent donc une forme de réponse pratique à la demande paradoxale : étayer collectivement le soin. Cette réponse n'est pas la finalité du dispositif mais elle en est un détour essentiel permettant ensuite d'aller aborder latéralement l'individu dans sa singularité, à travers ce que ces professionnels appellent « *l'approche globale de la personne.* » « [Parlant du « soin » prodigué au CHRS] *On fait des entretiens, puis on peut donner les médicaments, les orienter vers, ou les accompagner vers le soin. Mais la question pour nous aujourd'hui c'est plus comment maintenir le lien ? On essaie alors de mettre en place un accompagnement global, ça peut être l'ouverture des droits, l'accès aux soins, la gestion du budget, les problèmes de justice, tout ça. On ne peut pas se restreindre à un seul de ces aspects. [...] Les Espaces Rencontres permettent de prendre les gens encore plus dans leur globalité en prenant en compte le volet psy de la personne.* » (Mme LABORDE.) Ou encore : « *La prise en charge globale, ça veut dire ne pas s'intéresser qu'aux éléments médicaux mais aussi aux éléments de l'entourage : famille, logement, ressources financières. Je pense qu'aujourd'hui, c'est assez acquis au niveau des entretiens infirmiers chez nous. Pour ce faire, on remplit une macrocible, qui est un peu le résumé de la vie du patient et l'environnement en fait partie. [...] La personne fait la démarche de venir jusqu'à nous ou alors elle est adressée par un acteur social, il ne s'agit pas de la renvoyer à trois semaines plus tard, on sait très bien que la notion de temporalité existe moins chez ces personnes, la demande c'est pareil, il peut y avoir une demande un jour précis puis ensuite elle s'éparpille. Ces personnes sont dans l'urgence, ça ne veut pas dire qu'il y a forcément une urgence mais il faut quand même répondre. Mais répondre, ça ne veut pas dire répondre précisément mais avoir une réponse quand même à ce moment-là. Pour répondre, il faut donc qu'on ait un certain nombre d'informations et ça, ça passe par l'entretien avec elle et sur son environnement.* » (Mr CHASSEPEAUX, Cadre Infirmier de Proximité dans un CMP.)

Dans ces deux extraits d'entretien, on parle de globalité quand on met en œuvre un processus de « ciblage » qui passe par l'énumération des différentes « adresses » de l'individu. Dans ce processus, une adresse c'est le nom que l'on donne à tout ce qui pourrait ressembler à une

attache. Le RMI, l'AAH, Emmaüs, un ami, la tutelle, le travailleur social, le juge, le psy, l'entourage, les objets sociaux, etc.... Comme nous l'avons vu plus haut, il s'agit de travailler les ressources de l'individu mais les ressources en termes d'attachement, le processus de « ciblage » permettant en quelque sorte de faire « le tour » de l'individu en multipliant les prises. A la fin de ce processus de ciblage, le professionnel de la relation d'aide aura réalisé un véritable travail de cartographie et de reconnaissance des ancrages et des attachements de l'individu, non pas pour réajuster les adressages (comme dans les procédures d'orientation) mais pour tenter d'articuler les différents attachements de l'individu. *« L'autre jour, on a reçu cette personne de Bordeaux, qui était psychotique et en grande précarité, donc forcément c'était tout bizarre. On a mené une sorte d'enquête parce que moi j'ai passé mon temps à appeler partout. J'ai appelé la tutrice, le médecin qui la traitait depuis des années, Emmaüs, le CMP... tout ça pour que quand elle a vu le médecin l'après midi, on ait le maximum d'éléments. C'est assez rapide du coup, on avait même son traitement antérieur. C'est un peu comme une enquête globale en fait. »* (Mr CHASSEPEAUX.)

3. Les réseaux institutionnels locaux : vers une écoute institutionnelle

Au CSMP, chaque référent est en permanence en train de faire quelque chose, d'agir, ne reste jamais assis à ne rien faire, ou à reproduire des procédures avec lesquelles il n'est pas en conviction. Pour chacune des activités que nous avons mises en évidence précédemment, chaque référent possède la capacité d'en devenir une nouvelle bifurcation et d'en établir une nouvelle traduction. Ainsi, nous avons pu observer que les référents du CSMP n'hésitent pas à prendre part à l'élaboration de projets qui ne dépendent pas forcément du CPA (projet Déclic Santé et projet d'accès aux droits) ou qui reconfigurent des partenariats qui existent déjà sous d'autres formes (Réseau CHRS-CSMP/Espaces rencontres).

Comme nous l'avons vu lors de l'étude des quatre moments fondateurs du CSMP, la question du réseau se pose dès les premières réunions du GSMP à travers les ordres du jour multiples concernant l'« *ouverture du GSMP aux partenaires extérieurs (social) et à d'autres représentants des secteurs* » (mars 2000), « *Ouverture du groupe vers l'extérieur* » (mai 2000), « *mise en place de réseaux internes et externes* », etc. Le réseau, comme support à la

clinique, repose également sur l'activité de réticulation institutionnelle des référents du CSMP¹.

Les activités de réticulation des référents du CSMP tirent partie de leur multiappartenance. Le fait d'appartenir à deux, voire trois institutions, permet à la fois de tirer des avantages en termes de maîtrise de l'information ou d'influence, et d'ajouter de nouvelles opportunités de coordination. Ainsi, nous avons pu observer comment les référents du CSMP entretiennent des relations avec d'autres projets locaux institutionnels² :

Année	Nom du projet local institutionnel	Référent impliqué
2002 à 2004	Projet Déclic Santé à Ferney-Voltaire	Mr TABARY
2004 à 2007	Projet d'accès aux droits de Bourg-en-Bresse	Mr TABARY Mr BLANC Mme TUVIEN
2006	Projet Prévention santé/social à Belley	Mme PARTSON Mr TABARY
2001 à 2008	Projet de Réseau départemental CHRS-CSMP	Mr TABARY Mme POTTER

Tableau 3: Récapitulatif des projets locaux institutionnels mobilisés par le CSMP et des référents impliqués.

Les liens entre ces projets et le CSMP ont été tenus du fait de la présence de certains référents au Comité de pilotage de projets locaux. Ils ont également parfois été renforcés par l'intervention dans la deuxième partie de réunion plénière du responsable du projet.

Les activités de réticulation des référents du CSMP tendent aujourd'hui à se déployer de plus en plus au CSMP comme le montre l'ensemble des recommandations préconisées à la fin de l'année 2007 dans le nouveau projet du CSMP :

Les recommandations du CSMP

Les recommandations envisagées lors des différentes évaluations

- Il est indiqué l'intérêt de se rapprocher des Missions Locales ainsi que du Plan de Prévention contre le suicide (recommandation partagée avec la DDASS). [...]
- Un rapprochement est à explorer avec les structures associatives de terrain : Médecins du Monde, CROIX ROUGE (maraude à laquelle participent des infirmiers à titre personnel), RESTO du CŒUR, EPICERIE SOLIDAIRE, ATD Quart Monde.
- Des complémentarités avec les médecins traitants, les établissements MCO et les établissements de post cure du plateau d'HAUTEVILLE sont à développer. [...]
- Extension de dispositifs permettant des délais de consultation compatible avec les représentations du temps chez les personnes en grande précarité : consultations « pré thérapeutiques », accompagnement, consultations relais.
- Meilleure « pénétration » des zones de grande précarité, que sont les « foyers d'hébergement » et « résidences sociales » [...]

¹ Cf. supra chap.1. *Le Carrefour Santé Mentale Précarité : l'émergence d'un collectif d'intervention auprès des personnes en « souffrance psychique ».*

² Des fiches résumant les caractéristiques principales de ces projets ont été placées dans les annexes du chapitre 2.

- Disponibilité concrète dans les CHRS [...] et dans d'autres établissements d'hébergement spécifiques [...].
- Améliorer la coordination, à la sortie d'hospitalisation, des patients en difficulté sociale, pour éviter les rechutes, facilitées par ces difficultés.
- Améliorer le co-accompagnement des personnes vers les structures de soins.

Les recommandations par rapport à la mission des EMSMP¹

La lecture du cahier des charges de la circulaire des EMSMP nous a permis de dégager :

[...] Ce qu'il reste à faire :

- Aller au-devant des publics par des interventions directes sur le terrain à la demande des partenaires : entretiens pré-thérapeutiques, orientation, accompagnement, suivi.
- Extension du partenariat à d'autres types de résidences sociales, ce qui, dans l'AIN concerne particulièrement les foyers d'hébergement,
- Etablissement de partenariat avec les instances qui concernent les enfants les jeunes en difficulté : MISSIONS LOCALES.
- Les intersecteurs de psychiatrie infanto juvénile, l'US ADO, participent aux travaux du CSMP. La souffrance des enfants, du fait de la précarité, est directement liée à la situation des familles ; la priorité est donc, selon nos collègues, de travailler auprès des parents. Les intersecteurs sont assez réactifs et formés pour prendre en charge la prévention auprès des enfants dans des délais convenables. Le rôle de l'EMSMP pourrait se limiter dans ce domaine, à s'assurer que les relais sont efficaces.
- Développement du partenariat avec les organismes prenant en charge les personnes âgées (initié avec le DPA du CPA, Equipes mobiles de Gériatrie en gestation).
- Le Dispositif Personnes Agées du CPA participe depuis sa création, aux travaux du CSMP, apporte ses problématiques spécifiques, et développe sa propre action en coordination avec le CSMP.
- Partenariat avec les établissements de soins somatiques, et les PASS de ces établissements.
- Initier des actions à caractère groupal.

Chacune de ces recommandations véhicule l'idée que le parcours sanitaire et social des personnes en situation de précarité doit être appréhendé à travers une écoute institutionnelle. Comme si cette écoute permettait de prévenir les risques de rechutes des personnes, en amorçant notamment un accompagnement plus en proximité.

III. Connaître les publics à travers des activités d'accompagnement

Les activités d'accompagnement sont mises en œuvre, d'une part, par l'ensemble des référents lorsqu'ils reçoivent une personne en situation de précarité dans leur institution de rattachement² et, d'autre part, par certains professionnels qui relèvent du CSMP comme les psychologues RMI.

¹ EMSMP : Equipe Mobile Santé Mentale Précarité. Parfois appelée aussi « Unité Mobile ».

² Les activités d'accompagnement des référents du CSMP ne sont pas reprises ici. Elles seront l'objet des chapitres 4 et 5.

1. Le dispositif « Psychologue RMI » : une fonction de coordination et d'interface institutionnelle entre la psychiatrie et le social

En 1990, le dispositif « Psychologue RMI » est encore naissant dans le département de l'Ain. Alors que les bilans de santé rentrant dans le cadre de la politique d'insertion sont effectués par des médecins libéraux (vacataires de la DDASS) recevant gratuitement les personnes bénéficiaires du RMI dans leur cabinet, l'Etat sollicite le CPA pour devenir l'employeur et le référent institutionnel des psychologues chargés d'effectuer l'évaluation psychologique des bénéficiaires du RMI et l'orientation des patients présentant de gros troubles psychologiques vers une équipe de soins. Comme le souligne Christian LAVAL, de 1990 à 1997, ce dispositif se met en place progressivement « *dans une relative extériorité par rapport à l'institution psychiatrique, tout en étant référé institutionnellement à celle-ci. Cette période fait émerger des problématiques de souffrance différentes de celles de la maladie mentale. Les psychologues définissent peu à peu leur spécificité, entre contribution au diagnostic d'insertion, prises en charge à court terme des cas les plus légers, interventions de type groupal, orientations et relais, échanges et aides à l'élaboration des contrats d'insertion adaptés.* »¹ Pendant cette période, le suivi psychiatrique n'est plus qu'un élément, parmi d'autres, qui justifie leur mission². Cependant, en 1998, avec la publicisation de la notion de souffrance psychique réalisée sur la scène départementale par l'ORSPERE, une demande accrue de formation et d'encadrement est formulée par les psychologues RMI en direction de l'institution psychiatrique. La convention signée en 1998 avec le CPA stipule ainsi que, d'une part, l'encadrement et la coordination du dispositif, et d'autre part, l'évaluation des publics reçus, sont assurés par le CPA. Cette nouvelle convention insiste sur le fait que ce dernier doit être en mesure « *d'organiser l'encadrement des psychologues par l'intermédiaire de référent interne au CPA.* »³ C'est ainsi que les psychologues RMI se retrouvent encadrés par Mr TABARY qui est, à cette époque, responsable de secteur psychiatrique. Mr TABARY se situe alors au point de convergence entre un dispositif d'insertion cherchant à développer des actions dites de santé pour lever les obstacles à l'insertion, et un dispositif de psychiatrie cherchant à développer des actions tournées vers le social pour lever les obstacles à la prise en charge de la précarité. Conscient que le dispositif Psychologues RMI offre des prestations de psychologues fort différentes de celles que peut offrir un service de psychiatrie, Mr TABARY

¹ LAVAL C., (2002), *op. cit.*, p. 19.

² Ce qui d'ailleurs sera stipulé dans la Convention cadre 1999 entre l'Etat département et le CPA relative au dispositif des psychologues RMI.

³ Convention cadre 1999 entre l'Etat département et le CPA relative au dispositif des psychologues RMI.

insiste alors pour que le profil de poste de ces psychologues soit empreint à la fois d'une fonction de coordination et d'interface institutionnelle entre la psychiatrie et le social - à travers les Cellules Locales d'Insertion (CLI) des DIPAS¹-, et d'une extériorité par rapport à la psychiatrie – les psychologues RMI sont placés sous la responsabilité tutélaire de la DIPAS. Cette double fonctionnalité d'interface et de biappartenance fonctionne un peu à la manière des référents du CSMP, non pas sur le territoire des secteurs psychiatriques mais sur celui des circonscriptions d'action sociale. Mr TABARY évoque ainsi dans le rapport annuel de l'année 2000 que *« le métier de psychologue RMI existant depuis dix ans progresse dans son intégration dans les deux directions qui faisaient problème dans son identité : sociale ou psychiatrique ? Question qui embolisait alors le débat. Son identité est mieux affirmée. Sans pour autant éluder cette question qui est en même temps son originalité et son principe fondateur, et se résoudre à de l'opérateur, il prouve au contraire la possibilité d'une biappartenance qui n'est pas une chimère et découpe les contours d'une clinique psychosociale mieux repérée du fait d'un contexte socio-économique plus favorable... »* En ce sens, ce métier doit *« être porteur de valeurs même si des mutations, des interrogations dans les deux registres ont contribué à l'avancement des idées »*. De fait, avec les psychologues RMI, comme avec les référents du CSMP, nous assistons dans le département de l'Ain moins à l'émergence d'un nouveau métier qu'à celle d'une nouvelle posture qui est caractérisée par une constante malléabilité entre des cadres d'appartenance institutionnelle jusque-là séparés. De ce point de vue, et comme le note Christian LAVAL, l'évolution du dispositif « psychologue RMI » traduit une demande sociale de savoir-faire nouveaux en matière de relation d'aide et cette fonction dépasse largement les besoins identifiés pour les seuls usagers du dispositif RMI². En conclusion de ce rapport, nous pouvons lire que *« les participants s'accordent à dire que la fonction de psychologue RMI devra donc s'inscrire dans les actions sociales s'élargissant à d'autres catégories de personnes en situation de précarité. L'objectif étant que personne ne soit exclu de ce type d'aide à la réinsertion sous toutes ses formes. »*

Il n'y avait dès lors qu'un pas à faire pour que les psychologues RMI intègrent le groupe des référents du CSMP. Ainsi en mars 2000, un psychologue RMI chargé de représenter tout le groupe des psychologues RMI (huit personnes) rejoint le CSMP. En même temps, le CSMP se trouve missionné par le CPA pour encadrer les activités des psychologues RMI.

¹ DIPAS : Direction de la Prévention et de l'Action Sociale.

² LAVAL C., (2002), *op. cit.*, p. 22.

Fin 2007, Mr TABARY demande conjointement au CPA et au Conseil Général d'étendre le domaine d'intervention des psychologues RMI auprès d'autres publics défavorisés. Cette demande d'extension répond à un constat assez général des Centres Médicaux Sociaux et des Circonscriptions d'Action Sociale qui se retrouvent de plus en plus confrontés à des personnes qui ne sont pas au RMI mais pourtant en situation de précarité. Il s'agirait d'orienter vers les psychologues RMI « *des personnes dont les besoins ne relèveraient pas d'une prise en charge par les structures de soins de « droit commun » mais dont l'état psychologique ne permettrait pas pour autant de pouvoir, sans soutien, avoir accès direct aux processus de réinsertion* »¹. Cette demande sera refusée par les tutelles du dispositif psychologue RMI, ce qui conduira au printemps 2008, Mr TABARY à mettre en place des « *consultations relais* » accueillant dans les CMP, par un référent du CSMP, des personnes en situation de précarité adressées par les psychologues RMI.

2. Le dispositif « PASS pharmaceutique » : délivrer un traitement pharmacologique et un accompagnement social gratuit pour tous

En février 2003, le CSMP est chargé par la DDASS « *de palier à l'arrêt des activités de dépannage et de soins urgents du Centre de Médecine Préventive de Médecins du Monde à Bourg-en-Bresse.* »² Après de nombreux échanges au sein du CSMP sur la forme que peut prendre ce palliatif, l'idée de la mise en œuvre d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) a émergé. Les PASS sont « *des cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.* »³

Les PASS, tout comme le CSMP, sont cadrées législativement par les PRAPS, raison pour laquelle la DDASS s'est adressée à Mr TABARY. Dans le cadre de l'article L6112-6 du code de la santé publique, le CPA, en tant qu'hôpital privé faisant fonction de public, doit mettre en place une PASS qui comprend « *notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les*

¹ *Ibid*, p. 13.

² Compte-rendu de plénière, 14 février 2003.

³ Fiche de synthèse sur les études sur les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) menées par l'IGAS, l'ANAES, GRES médiation.

accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits »¹. Pour ce faire le CPA est en mesure de conclure avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.

C'est ainsi que la PASS du CPA entre dans le giron des activités encadrées par le CSMP. Elle consiste à :

« Etre en mesure de dispenser des traitements pour les personnes dont la durée d'hospitalisation n'a pas permis l'ouverture des droits,
Permettre un traitement urgent de l'accès aux droits, auprès d'une seule et même personne,
Etablir une procédure pour permettre à tous les CMP de fournir les mêmes moyens dans tout le département. »

Compte-rendu de plénière, 14 mars 2003.

La PASS du CPA se dessine ainsi progressivement autour de deux volets : (1) un volet pharmaceutique, (2) un volet social.

Concernant le volet pharmaceutique, au mois de mai 2003, il est envisagé que chaque CMP du département doit avoir son stock de médicaments et être en mesure de les délivrer gratuitement aux personnes ne possédant pas de couverture sociale. Cependant la faisabilité d'un tel projet ne s'avère pas réalisable du fait du peu de personnes concernées eu égard au nombre élevé de CMP dans le département. Ce sont ensuite les référents du CSMP qui, dans les secteurs, doivent être mobilisés pour trouver des interlocuteurs pharmaceutiques pertinents qui acceptent de délivrer des médicaments dans l'urgence.

Concernant le volet social, il est initialement suggéré par les référents du CSMP qu'une assistante sociale soit disponible dans chaque CMP pour ouvrir et régulariser les droits des personnes dans l'urgence, ce qui est loin d'être généralisé actuellement dans les secteurs psychiatriques du département.

Pour les deux volets, la question du nombre de bénéficiaires potentiels des PASS se pose. Le CSMP se lance alors dans une évaluation des besoins auprès des Cadres Infirmiers Supérieurs du CPA et du service administratif du Centre d'Accueil Permanent appelé GAP (Gestion de l'Accueil Permanent).

¹ *Idem.*

« A propos des besoins, le débat s'élabore autour de la difficulté de recueillir des renseignements précis dans les secteurs. Selon le GAP ou les CIS, ceux-ci sont très variables. Madame LECONTE souligne que la question telle qu'elle a été posée ne permettait pas un recueil précis des renseignements, et se propose de lancer elle-même une enquête auprès des services sociaux, à partir des questions suivantes :
Pouvez-vous estimer le nombre de personnes arrivées dans l'unité sans couverture maladie ?
Pouvez-vous estimer le nombre de personnes sorties de l'unité sans que ses droits aient été ouverts ? »

Compte-rendu de plénière, décembre 2003.

La réflexion autour de la forme que doit prendre la PASS du CPA repose la question de la définition de la précarité et du public touché par la précarité.

« On aborde ainsi indirectement, le problème des adolescents qui se trouvent dépourvus de couverture par négligence, plus que réellement dépourvus de couverture sociale. Le parallèle est fait avec les personnes en situation de précarité. N'est-ce pas aussi un premier pas vers la précarisation ? N'y a-t-il pas là un espace pour la prévention ? La négligence et la non-appropriation de la couverture sociale constituent-elles un indice de désaffiliation ? Ce risque paraît beaucoup plus important lors d'hospitalisations que dans les CMP. Effectivement dans les CMP, la prise en compte de la couverture sociale est quasi immédiate et automatique, faite par les soignants. A l'hôpital, cela implique une coordination entre les services sociaux, l'administration et les soignants et laisse des espaces d'oublis. Ce point sera abordé dans la présentation de la charte dans les secteurs. Peut-être faudrait-il faire figurer l'absence de couverture sociale en tant que symptôme de la précarité dans le dossier médical informatisé ? »

Compte-rendu de plénière, décembre 2003.

Au final, la PASS est rattachée au CAP à partir du mois d'avril 2004 et une dizaine de cas sont traités chaque année par les services du CPA.

3. Le projet d'Equipe Mobile Santé Mentale Précarité : se rapprocher des personnes en situation de précarité

A travers les professionnels de première ligne que sont les référents et les psychologues RMI, nous avons vu que le CSMP agissait dans de nombreuses institutions sanitaires et sociales du département de l'Ain. L'ensemble de ces activités est, depuis leur phase de mise en œuvre, évalué, de manière informelle, par les référents, et ce, dans le but de faire évoluer la pratique clinique auprès des publics en situation de précarité. Ces évaluations ont conduit le CSMP, entre 2005 et 2007, et suite à la parution de la circulaire du 23 novembre 2005 « *relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie* », à

s'interroger sur les modalités d'interventions directes sur le terrain auprès de la personne elle-même. Ce texte officiel, sans faire force de loi, est important car il pose un cadre pour un certain nombre de dispositifs qui, à l'instar du CSMP, fonctionnent de manière expérimentale depuis une dizaine d'années un peu partout en France¹. Il précise les publics visés, les missions et les principes d'action ainsi que la palette d'activités mises en œuvre ou à mettre en œuvre par les équipes. Outre les activités en direction des acteurs de première ligne et en direction d'un réseau formalisé de partenaires, cette circulaire donne un cadre pour la mise en œuvre d'activités d'accompagnement direct en direction des personnes en situation de précarité d'exclusion, ce que le CSMP ne faisait qu'indirectement jusque-là.

Cette circulaire constitue l'une des priorités du plan « Psychiatrie et santé mentale » pour 2005-2008, et a été annoncée par le Comité Interministériel de Lutte contre l'Exclusion en juillet 2004. Au niveau départemental, elle s'inscrit dans la continuité des PRAPS et s'intègre dans le nouveau Programme Régional de Santé Publique 2003-2006. Pour la DDASS, il s'agit d'apporter des *« moyens nouveaux pour pérenniser les actions de soutien dans l'accompagnement des personnes en détresse psychologique par les services de psychiatrie »*. Le *« Cahier des charges Psychiatrie Précarité »* établi en août 2004 par la DDASS de l'AIN, prévoit notamment d'*« établir au niveau départemental la coordination nécessaire à l'élaboration d'une structuration psy précarité répondant à la dynamique territoriale locale en lien avec les besoins locaux du public précaire »*. C'est ainsi que Mr TABARY est entré en négociation pendant plus de deux années avec les coordinateurs et inspecteurs de la DDASS de l'Ain qui voyaient là une aubaine permettant à la fois d'harmoniser les pratiques psychiatriques autour d'une gouvernance propre à la santé mentale (travail en réseau, travail autour de problématiques et de publics spécifiques) et également de réunir l'ensemble des activités proposées par le CSMP dans un seul et même projet².

La création d'une équipe mobile est ainsi apparue à la DDASS, comme au CSMP, comme une opportunité permettant de lever les dernières résistances de la psychiatrie à l'égard de la santé mentale :

¹ En 2007, dans le but de préparer la première journée nationale de ces équipes mobiles, le Service d'appui « Santé Mentale et Exclusion Sociale » dirigé par le psychiatre Alain MERCUEL au Centre Hospitalier de Sainte-Anne (Paris) a réalisé une enquête qui a dénombré 52 équipes sur tout le territoire français et hors Paris intra-muros. La diversité tant des appellations, de la composition en ressources humaines et des actions menées par ces équipes reflète la complexité des différentes réalités locales et la pluralité du bricolage mis en œuvre. Pour plus d'information sur cette enquête cf. la revue *Pluriels* n°67 du mois de juin 2007 consacrée entièrement à ces équipes.

² La négociation entre le CSMP et les acteurs de la DDASS a fait l'objet d'une enquête de terrain. Il ne s'agit cependant pas pour nous de reprendre ici l'historique de cette négociation. Un exemple de montage de projet négocié entre les acteurs de terrain et leurs bailleurs sera étudié plus loin dans le chapitre 6.

« Remarque : cette étape création d'une Equipe Mobile, qui aurait pu être anticipée, a été freinée, dans l'AIN par plusieurs facteurs, (outre le défaut de financement) qui ont contribué à ce que le CSMP se cantonne dans des actions indirectes. Citons :

- la crainte, généralement partagée mais en cours de dissipation, du refus-reflexe par les personnes concernées, mais aussi par les institutions, de la stigmatisation ou de la « coloration » PSY, du fait de la présence d'un intervenant porteur de cette étiquette.
- la difficulté d'appréciation et de prise en compte de la particularité de la souffrance psychosociale dans la pratique des secteurs. En particulier lorsque pathologie mentale et précarité se conjuguent, mais nécessitent des approches thérapeutiques opposées (par exemple l'acceptation d'une demande de soins formulée par un tiers éducatif ou social)
- Dans certains CMP, la crainte du « débordement » par une demande non spécifiquement psychiatrique, alors que l'existence des relais reste méconnue. La restriction des moyens, du fait d'une amputation budgétaire désormais structurelle renforce cette crainte.
- L'existence de longue date, au CPA, d'un service social sectorisé compétent et conséquent, contribuant à faciliter l'accès aux structures sociales pour les patients, mais qui a pu avoir effet paradoxal de faire écran entre les soignants et ces mêmes structures sociales extérieures, entraînant une méconnaissance réciproque des fonctions (ce qui a été pointé et partiellement réduit lors d'un colloque de formation croisée qui a eu lieu à l'initiative de la DDASS, et avec le concours de l'ORSPERE, en 2000).
- la « résistance » du milieu psychiatrique, du fait :
 - de certaines écoles de pensée, méfiantes envers le concept de « santé mentale » et l'extension polydirectionnelle du champ d'intervention pour laquelle la psychiatrie est sollicitée, à moyens constants.
 - de la mise en œuvre de techniques managériales, et de protocolarisation du soin, qui laissent peu de place à l'improvisation, et au « métissage », qualités nécessaires dans le domaine psychosocial. »

**Projet d' « Equipe Mobile Santé Mentale Précarité
du département de l'Ain - 2008 », p. 15.**

En 2006, le CSMP rédige donc une première mouture d'un projet d'équipe mobile qui ne sera pas financé, faute d'être « *suffisamment dans les clous* » des cadres logiques et du cahier des charges que la DDASS préconise alors. En revanche, en 2007, après de nombreuses réunions tant avec la DDASS qu'avec les référents du CSMP, Mr TABARY accepte un certain nombre de compromis portant sur la réorganisation des activités du CSMP.

En même temps, l'écriture de ce projet permet de redéfinir le public concerné par le CSMP :

« Tout public, sans exclusivité d'âge, de sexe, de statut, de pathologie, etc.... signalé comme présentant des signes de souffrance psychique dans un contexte de précarité sociale reconnue comme telle par la personne effectuant le signalement. L'équipe de coordination de l'EMSMP se réservant toutefois le droit de récuser cette appréciation après examen du cas. »

**Projet d' « Equipe Mobile Santé Mentale Précarité
du département de l'Ain - 2008 », p. 16.**

Deux infirmiers, un cadre de santé, un psychologue, une assistante sociale, une secrétaire et un médecin coordinateur doivent être affectés spécifiquement à cette équipe mobile dont les fonctions sont spécifiées de la manière suivante :

« Intervenir par une présence concrète et un travail sur le terrain même de la précarité – dont on sait que la caractéristique clinique principale réside dans la non-demande.

Ce travail peut se décliner sous cinq registres :

- Contribuer à identifier la nature des crises signalées dans les lieux sociaux, en rencontrant, dans la mesure du possible, les personnes en souffrance, et élaborer avec les intervenants sociaux, des stratégies pouvant aboutir, à leur orientation vers les structures de soin ou exceptionnellement à leur traitement direct.
- Assurer le suivi des cas problématiques, directement ou par le biais de conseil et soutien aux équipes socio-éducatives ou sociales,
- Faciliter l'accès aux dispositifs soignants (fonction interface),
- S'assurer du relais social et médical après les soins
- Agir en tant que représentant de l'EMSMP afin que celle-ci puisse :
 - Développer les relations pérennes entre l'institution et le secteur local.
 - Repérer les problématiques générales, et faire remonter les besoins.

Le travail de l'EMSMP auprès du public s'effectuera à différents moments de la prise en charge du patient, il se calquera donc sur le trajet de prise en charge du patient.

**Projet d' « Equipe Mobile Santé Mentale Précarité
du département de l'Ain - 2008 », p .20.**

Juillet 2008, ce projet d'équipe mobile sera financé à hauteur de 80% du budget prévisionnel, l'équipe sera mise en place à partir du mois de novembre.

IV. (Reprise) Critiquer, expérimenter, se rapprocher : trois régimes cognitifs préalables à l'intervention clinique du CSMP

Critiquer. Nous pouvons observer qu'une des orientations constantes qui définit l'intervention clinique du CSMP est l'équilibre des activités dirigées vers différents mondes ; celui des malades, celui des cliniciens (du sanitaire comme du social), celui de la recherche et celui de la santé publique. Le CSMP non seulement accorde autant d'attention et de soutien à chacun de ces mondes, mais de plus il s'emploie à nouer des relations étroites et indéfectibles entre eux. Les enquêtes, évaluations, recherches menées au CSMP sont le barycentre où se croisent les informations recueillies en permanence par les référents. En s'appuyant sur une critique à la fois de la psychiatrie mandarinale et de l'organisation des soins par l'impératif gestionnaire, le CSMP déploie tout un ensemble d'activités locales étendues à l'échelle d'un département permettant de connaître les problèmes que vivent les agents de l'hôpital, et de les mettre en réflexivité. En sensibilisant à la fois la psychiatrie et le travail social, le CSMP va plus loin que la politique de secteur et établit des ramifications qui s'ancrent autant dans les structures et les professionnels de la psychiatrie que ceux du travail social.

Expérimenter. Le travail d'interdisciplinarité, d'interprofessionnalité, la construction d'espaces réflexifs hybrides (réunions bureau et plénière) constituent une démarche expérimentale visant à palier au pouvoir de la psychiatrie là où il fait défaut, dans ses relations avec le social. Ce faisant, nous observons l'émergence de nouvelles normes (la Charte) qui ne fonctionnent pas tant comme une nouvelle « bonne pratique » que comme un guide de l'agir dans le monde de la clinique (sanitaire et social). Sensibiliser c'est aussi normer en proposant une recomposition locale à la fois de la politique de psychiatrie publique et de la politique sociale. Les stratégies de lutte acquièrent de ce point de vue leur propre cohérence : tisser des liens originaux entre une multiplicité dispersée de points, c'est-à-dire, en définitive, organiser tactiquement des réseaux d'instabilité qui puisent leur force globale dans le fait qu'ils n'abolissent pas les singularités qui les composent, mais procèdent littéralement à partir d'elles. Nous pouvons reprendre ici à notre compte les remarques d'Isabelle ASTIER concernant l'évolution du métier de conseiller principal d'éducation, « il ne s'agit plus d'imposer par la voie hiérarchique traditionnelle mais d'être capable de mettre en lien, en relation, de travailler en partenariat. »¹ Non seulement il s'agit pour les référents de sensibiliser leurs partenaires dans leurs structures de rattachement primaire mais, en même

¹ ASTIER I., (2007), *op. cit.*, p. 154.

temps, il s'agit de lier étroitement recherche et pratique clinique de l'accompagnement, en un mot faire de la coordination.

Se rapprocher. Il leur faut alors s'extirper en permanence du confort de leur rôle professionnel pour investir une posture beaucoup plus labile qui consiste, en reprenant les propos de Frédérique GIULIANI au sujet de l'évolution de la relation d'aide sur les scènes du travail social, « à capter la particularité des situations affrontées par l'utilisateur et à prendre en considération la façon dont il les vit. Le professionnel doit être capable d'évaluer avec acuité les contraintes qui désorientent l'utilisateur, mais aussi toutes les ressources que sont capables de déployer ces acteurs composant avec elles au quotidien. Ainsi, les professionnels s'ajustent à l'expérience de l'utilisateur. »¹ En s'ajustant à ces singularités, à ces expériences, le CSMP se définit, dans une perspective latourienne, par « la capacité de chaque acteur à *faire faire* des choses inattendues aux autres acteurs »².

Ces trois régimes cognitifs (critiquer, expérimenter, se rapprocher) sont une ressource pour agir pour les cliniciens de la précarité. Ils permettent aux cliniciens de s'impliquer à un niveau institutionnel, en leur donnant les moyens de faire face aux problématiques institutionnelles et cliniques que pose la précarité, comme nous pouvons l'observer, par exemple, avec le traitement de la demande paradoxale.

Nous avons vu que le traitement de la forme paradoxale de la demande, à travers les Espaces Rencontres CHRS-CMP, montre que cette demande de l'individu en situation de précarité a de particulier le fait qu'elle soit doublement située, à la fois du côté de l'expérience clinique qui doit prendre en compte des phénomènes de rupture de liens (sociaux, culturels, politiques), et également du côté des transformations des pratiques des professionnels de la relation d'aide qui doivent apprendre à expérimenter afin de concilier norme d'autonomie et pragmatique d'attachement. Mais ces deux côtés sont bel et bien liés dans la mesure où ces transformations rebondissent d'un niveau à l'autre, tant au niveau des soubassements théoriques des acteurs en présence (clinique éducative, clinique psychopathologique, psychologie humaniste), qu'au niveau des dispositifs préconisés et des disciplines qui les pensent (psychologie, sociologie). La double acception de la notion d'attachement joue ici un rôle essentiel de connecteur puisqu'elle fait sens à la fois au niveau des professionnels (on

¹ GIULIANI F., (2005), *L'ordre pactisé des dispositifs d'accompagnement. Ethnographie de la relation d'aide sur quelques scènes actuelles du travail social*, thèse pour le doctorat de sociologie, Université Lumière-Lyon 2, p. 352.

² LATOUR B., (2006), *Changer de société, refaire de la sociologie*, Paris, Editions La Découverte, p. 190.

parle de leurs *réseaux d'attachements*) et au niveau des usagers/patients (on parle de leurs *ressources en tant que personne*).

Ainsi aujourd'hui, si « *prendre soin* » (avoir le souci) de l'autonomie de la personne semble constituer une visée commune du travail social et de la psychiatrie, ce « *prendre soin* » ne peut pas se réduire à une capacité rationnelle (éducative et/ou gestionnaire) visant à mettre en place des procédures d'adressage. Pour mettre au travail les attachements (en termes de ressource) de la personne, les professionnels de la relation d'aide sont amenés à travailler leurs propres interdépendances et donc à s'étayer les uns les autres. Cette langue commune de l'étayage, prend alors tout son sens puisque c'est elle qui permet de trouver un consensus à la fois au niveau de l'expérience clinique et au niveau des transformations des pratiques professionnelles. En renvoyant les professionnels à leurs interdépendances et en les amenant à co-construire l'accompagnement de la personne, la visée d'étayage permet d'articuler dans une même clinique des pratiques d'accompagnement (psychiatrique, psychologique, social, infirmier, voire pharmaceutique avec les PASS) qui étaient jusque là hétérogènes.

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

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

Mme LABORDE, Educatrice spécialisée en CHRS : « mais nos institutions ne nous permettent plus de jouer ce rôle d'étayage, elles ne jouent plus leur rôle de contenant. Du coup, les gens se tournent vers Emmaüs. »

Mme ROUX : « c'est un peu comme la légion étrangère avant. »

Mme LABORDE : « ils ne se construisent pas en tout cas. »

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

Extrait d'un Espace Rencontre CHRS-CMP, octobre 2006.

Pour résumer. Nous pouvons dire que l'intervention clinique du CSMP présente trois caractéristiques :

(1) c'est une clinique de *suivi* - à travers les activités d'accompagnement, il s'agit d'être en proximité de la personne ;

(2) c'est une clinique du *parcours* - à travers les activités d'étayage et de réticulation, il s'agit de construire une écoute collective, plurielle et institutionnelle du parcours de l'individu ;

(3) c'est une clinique sur *site* - à travers les activités de sensibilisation, il s'agit de territorialiser cette clinique dans des « cellules précarité » distribuées à l'échelle d'un département que ce soit dans le sanitaire (structures psychiatriques et médicopsychologiques) ou dans le social (CHRS, circonscription d'action sociale).

Ces caractéristiques de l'intervention clinique constituent le cœur des transformations marquant, d'une part, le passage de la psychiatrie vers la santé mentale, et, d'autre part, le passage d'une pratique de *cure* (on fait venir le patient/bénéficiaire à soi ; on mobilise des protocoles de soin dans le parcours du patient/bénéficiaire; on est un agent discipliné de l'institution) à une pratique de *care* (on se rapproche et on suit la personne ; on expérimente des réseaux d'instabilité afin d'être à la bonne distance dans le suivi du parcours des personnes ; on prend soin de la relation d'aide ; on critique et on lutte contre les pouvoirs dominants).



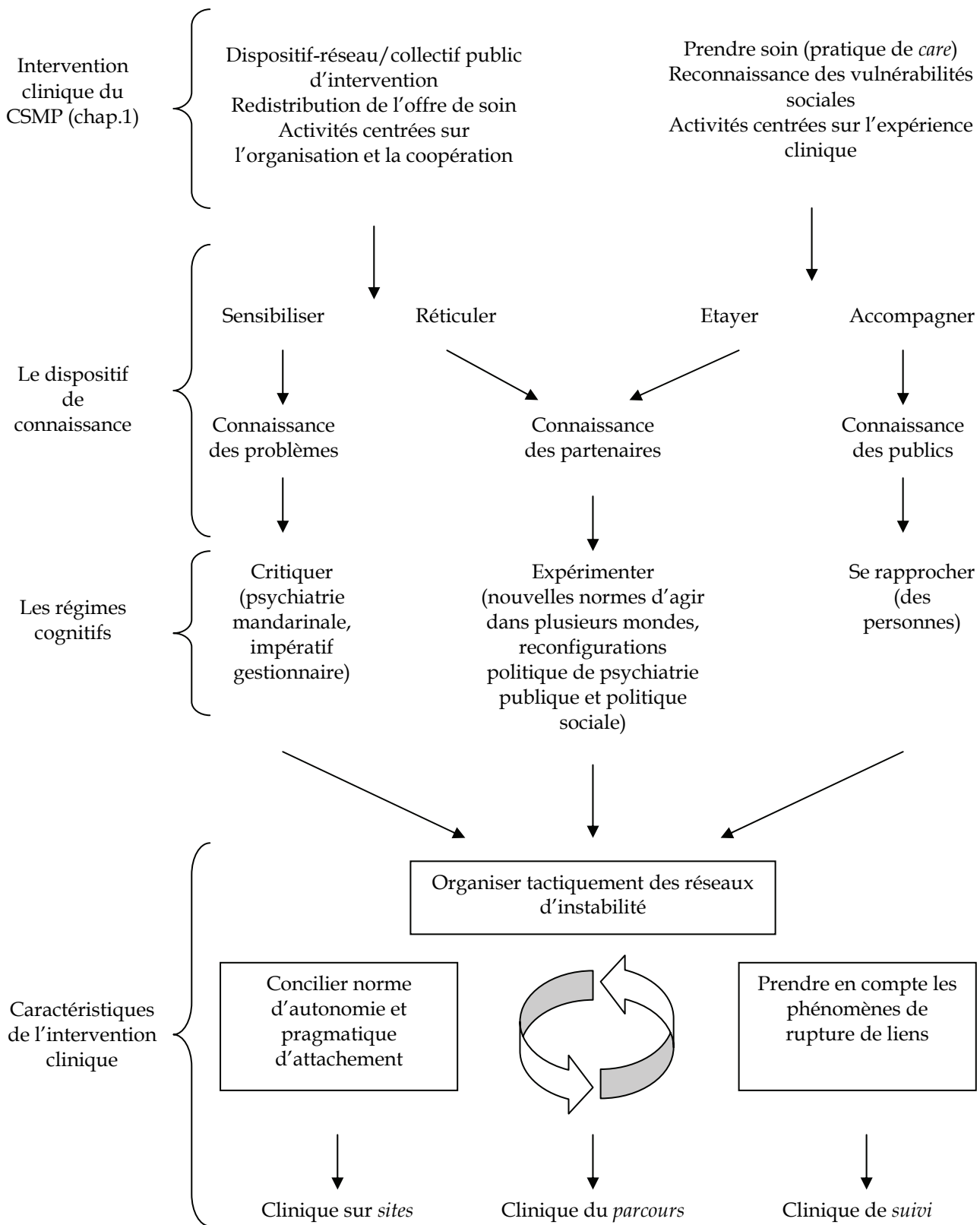


Schéma récapitulatif du Chapitre 2 – Sensibiliser, étayer, réticuler, accompagner : les composants d'un dispositif de connaissance

CONCLUSION DE LA PARTIE 1 – PRENDRE SOIN VIA LE RESEAU : VERS UNE NOUVELLE FORME DE GESTION DES RISQUES ?

Cette première partie nous permet d'élaborer une première ébauche de réponse quant à savoir si l'on assiste aujourd'hui à une disparition de l'Etat gestionnaire des risques ou à l'émergence d'une nouvelle logique de solidarité. Nous avons observé que l'objectif de cette clinique en réseau était de pallier à l'institution psychiatrique là où elle faisait défaut, dans ses relations avec le social. Cependant, le CSMP reste un dispositif bien attaché à l'institution psychiatrique puisque son système de redistribution de l'offre de soins à l'égard des personnes en situation de précarité s'effectue à travers des référents répartis dans tous les secteurs psychiatriques d'un département. Cette observation nous amène à penser qu'il n'existe pas de désinstitutionalisation concernant la psychiatrie et qu'au contraire les institutions semblent se renforcer en s'organisant autour de la personne et, se faisant en reconfigurant la relation d'aide.

Plus précisément, le déplacement de la psychiatrie vers la santé mentale s'effectue à travers le déploiement organisationnel de dispositifs-réseaux de connaissance (des problèmes) et d'interconnaissance (entre professionnels) qui semblent ne plus avoir pour objectif de soigner (pratique de *cure*) un « état » (une psychose, une dépression) mais de prendre soin (pratique de *care*) d'une « personne » afin d'éviter qu'elle ne (re)chute encore plus bas. Le traitement mis en œuvre est donc celui d'un processus, la précarité, qu'il s'agirait de prévenir. Selon les cliniciens du CSMP, « *prévenir la précarité* », c'est s'intéresser à tous les contextes de production des fragilités sociales de l'individu en intégrant, comme le souligne également Michel JOUBERT, les facteurs externes qui viennent « attaquer » ses ressources, et son capital de résistance et de confrontation¹. Autrement dit, « *prévenir la précarité* » **consiste à reconnaître la vulnérabilité d'un public élargi (parce qu'identifié à partir de sa « souffrance psychique »), partout où elle est susceptible d'émerger.**

C'est ce qui semble se jouer à travers l'émergence d'une démarche clinique qui sort de la relation d'aide directe, qui se fixe comme objectif de suivre la personne en proximité (clinique de suivi) ou, plus à distance, de manière collective (clinique du parcours) à travers toute une technologie du transport entre les institutions, et de la traduction de langages et de savoirs

¹ JOUBERT M., (2003), *Santé mentale, ville et violence*, Ramonville Saint-Agne, Eres, p. 64-65. Cet ouvrage et de manière générale, un certain nombre de travaux de Michel JOUBERT s'intéressent aux questions de l'exclusion sociale et de la santé mentale, font partis des corpus doctrinaux mobilisés par certains référents du CSMP, dont notamment Mr TABARY.

entre les professionnels impliqués (clinique sur site). **La pratique de *care*, à travers cette clinique en réseau, semble donc apparaître comme une nouvelle forme de gestion des risques qui se constitue à l'épreuve des parcours de vulnérabilité des personnes en situation de précarité.** Afin d'aller plus loin dans la vérification de cette hypothèse élaborée principalement, dans ces deux premiers chapitres, à partir d'une sociologie de l'organisation de la clinique, il nous faut nous intéresser, dans la seconde partie de ce travail de thèse, à l'expérience clinique des intervenants sanitaires et sociaux telle qu'elle se constitue dans la relation d'aide auprès des personnes en situation de précarité.



– DEUXIEME PARTIE –

**UNE CLINIQUE DES PARCOURS
DE VULNERABILITE**

Les réunions plénières se succèdent. Cela va faire maintenant plus d'une année que je chemine sur le terrain. Que de cas évoqués, que de situations éprouvées, que d'impasses formulées. Je crois que j'ai entendu au cours de toutes ces réunions plus d'une centaine de « cas cliniques » et autant de mises en intrigues différentes. A chaque fois, le mot « précarité » est là, à toutes les sauces, avec toutes les déclinaisons possibles. Ce terme qui vient comme répondre à une impossibilité de captage, d'appréhension de l'autre, évoque en moi l'incertain, l'indéterminé, mon raisonnement semble se confondre avec la question (fermée) que se posent sans cesse les cliniciens : la précarité a-t-elle un seul visage, une seule figure ? Bien entendu tout le monde s'accorde pour dire que non, une négation qui véhicule le sensible d'une impuissance à agir face à un ennemi protéiforme. Tout se passe comme si la reconnaissance de cette impuissance partagée, de cette non maîtrise commune de la situation, permettait en soi d'éclairer la relation avec la personne et d'agir. Je crois qu'il me faut vivre ce travail de reconnaissance-là.

Extrait de mon cahier de notes personnelles (juillet 2007).

« *Que faire quand on ne sait plus quoi faire ?* »¹

A l'hôpital psychiatrique, au Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale ou au Centre Médico-Psychologique, en circulant sur les terrains nous permettant d'appréhender les actions du CSMP, nous avons sans cesse rencontré les mêmes questions : comment attraper les « *personnes en situation de précarité* », que faire pour ces personnes qui ne demandent rien ? Quels nouveaux dispositifs pouvons-nous inventer ? Autant de questions qui en amènent toujours une autre préalable : qui sont ces êtres étranges que l'on appelle « *personne en situation de précarité* » ?

Des fous ? Des sans (sans domicile fixe, sans papiers, sans part) ? Des fainéants ? Des vieux ? Des jeunes ? Des alcooliques ? Des travailleurs pauvres ? Des divorcés ? Des anarchistes ? Des poètes ?... Diverse et mouvante, la population des « *personnes en situation de précarité* » déconcerte les professionnels lorsqu'ils essaient de la saisir. Difficile à quantifier², multiforme dans sa dénomination³, cette catégorie semble ne pas posséder de limite quant aux formes et

¹ « *Que faire quand on ne sait plus quoi faire* » est le titre d'une journée de rencontres interprofessionnelles organisée par le CSMP au mois de mai 2007.

² Cf. à ce propos les articles de Gaël De PERETTI, « Sans domicile : une cible mouvante », *Recherches et Prévisions*, n°85, INSEE, septembre 2006, p. 39-50, et de Cécile BROUSSE, « Définir et compter les sans abri en Europe : enjeux et controverses », *Genèses*, n°58, 2005, p. 48-71.

³ Certains cliniciens parlent de « Sans Dénominations Fixes » (QUESEMAND ZUCCA S., (2007), *op. cit.*, p. 20). Cet ouvrage de Sylvie QUESEMAND ZUCCA a été présenté par Mr TABARY lors de la réunion plénière du 29 juin 2007. Mr TABARY relève notamment ce passage : « Difficiles à quantifier, ils sont également difficiles à nommer, sinon par cette terminologie essentiellement privative : « sans domicile fixe » (SDF) ou dans certains textes : « sans domicile » (SD), « sans-abri », sans logement, sans travail et, pour une partie d'entre eux, « sans-papiers ». On pourrait rajouter, quand cette vie dans la rue s'inscrit dans la durée : sans affiliation, sans socialisation, sans liens et, finalement, sans véritable perception des limites d'une existence et d'un corps devenus sans forme. En somme, le manque ou la perte de toute identité. Toutes ces dénominations privatives donnent avant tout à entrevoir la silhouette banalisée d'un homme, d'une femme, d'un adolescent, qui risque de

figures qu'elle peut prendre en fonction des mondes rencontrés. A la fois partout et nulle part, dans la rue comme dans des appartements, dans le sanitaire comme dans le social, elle semble venir tenter de traduire à chaque fois une souffrance hétérogène, difficile à définir (psychique, sociale), floue, aux limites incertaines, perçue comme obscure et potentiellement dangereuse pour la plupart des professionnels qui maîtrisent le diagnostic et ses classifications bien rodées. « *Etats limites* » lanceront alors certains, comme une ultime tentative de mettre en mot l'indétermination du phénomène qui les confronte.

La précarité n'entre dans aucune catégorie figée et immobile, aucun état psychique ou social, aucun groupe, aucune population spécifique ne la caractérise à elle seule. Tout juste les « cliniciens de la précarité », comme ils se nomment eux-mêmes, arrivent à recouper quelques symptômes partagés avec tant d'autres pathologies que l'indétermination du diagnostic devient presque le diagnostic.

Comme nous l'avons déjà vu dans la première partie de ce travail, la plupart des cliniciens s'accordent à dire que la précarité n'est pas un « *état* » figé et immobile. Bien au contraire, il s'agirait plutôt d'un « *processus* ». On entend alors parler de « *processus de chute* », « *processus de casse* », « *processus de perte* » ou encore de « *processus de précarisation* »¹.

« La précarisation ou l'exclusion sociale se définissent comme des processus multidimensionnels, se déclinant à la fois dans le domaine professionnel et relationnel. Ils peuvent également toucher d'autres domaines sociaux comme le logement, l'accès aux soins par exemple. Les individus les plus touchés par ces processus de précarisation sont d'abord ceux qui vivent dans des situations de grande vulnérabilité sociale : enfants descolarisés, jeunes non qualifiés, chômeurs de longue durée, populations travaillant avec de bas revenus, jeunes ayant des emplois précaires, mères célibataires vivant avec de bas revenus etc... Mais au delà de ces situations, la précarité concerne aussi un nombre de personnes qui sont - objectivement ou qui se sentent - menacées par l'évolution d'une société dont les règles ont été brutalement modifiées et qui risquent, si la précarité de leur emploi se cumule avec d'autres handicaps, de glisser progressivement vers la grande pauvreté et l'exclusion, compromettant ainsi gravement leurs chances de réinsertion sociale. »

Haut Comité de Santé Publique, (1998), *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, ENSP, p 11-27.

finir par s'absenter de lui-même, à force d'être absent de nos préoccupations sociales de réciprocité. » QUESEMANT ZUCCA S., (2007), *op. cit.*, p. 21-22.

¹ Nous retrouvons ces expressions essentiellement dans les corpus doctrinaux mobilisés par les référents du CSMP et qui appartiennent au champ théorique de la clinique psychosociale : Cf. par exemple, FURTOS J., (2000a), *op. cit.* p. 23-32, ou encore FURTOS J., « Souffrir sans disparaître », dans FURTOS J., LAVAL C. (dir.), (2005), *op. cit.*, p. 9-38. Cependant, ces expressions sont devenues communes, notamment à partir du rapport Lazarus (1995), et sont passées dans le langage courant de l'action publique comme le montre cet extrait de rapport du Haut Comité de Santé Publique.

Cette dernière proposition qui généralement inclut les premières, comme le syndrome inclut les symptômes, montre la volonté d'attrapage de l'inattrapable, comme pour insister de façon redondante sur le caractère mouvant, incertain, complexe et multiple de la dynamique de désaffiliation¹. Autant de propositions qui, au fur et à mesure de leurs énonciations dans les colloques, séminaires, séances de supervision ou groupes d'échanges des pratiques, établissent une nouvelle nomenclature, qui vient s'ajouter lorsqu'elle est mal comprise à la liste des figures potentielles de la précarité. En saisissant la précarité comme un détachement de « ce qui a été péniblement attaché dans la longue et incertaine construction sociale de soi »², les professionnels du sanitaire et du social agissent comme s'ils cherchaient en permanence à lui ré-attacher des figures multiples que finalement la notion de processus permet d'articuler et d'enchaîner. En fonction de l'institution, de l'association, du dispositif, du professionnel que rencontre l'individu en situation de précarité, il sera plus ceci ou plus cela, pris à un endroit, à un moment de son processus de précarisation.

Afin de mieux comprendre les enjeux sociologiques qui accompagnent cette notion de « *processus de précarisation* », nous allons entrer dans cette seconde partie avec tout un ensemble de récits d'expérience clinique que les cliniciens de la précarité nous ont confiés lors d'entretiens, de réunions de travail ou encore lors de journées d'étude.

¹ Dans son ouvrage *Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat*, (1995), Robert CASTEL interroge l'utilisation « inflationniste » de la notion d'exclusion, qui recouvre selon lui des notions indéterminées et hétérogènes. « Un chômeur de longue durée est un « exclu », aussi bien qu'un jeune de banlieue. Or ces gens n'ont ni la même trajectoire, ni le même destin, ni le même vécu... C'est en outre une notion dangereuse dans la mesure où elle conduit à focaliser sur les marges un problème qui s'origine en amont. » Il propose alors d'interroger plutôt les trajectoires, les processus et les mécanismes de l'exclusion qui conduisent certains individus à devenir « désaffiliés ». Il justifie ce terme par le fait que la situation sociale d'alors était marquée par un ébranlement qui avait affecté la condition salariale (chômage massif, précarisation des situations de travail, inadéquation des systèmes classiques de protection à couvrir ces états, multiplication d'individus qui occupent dans la société une position surnuméraire). Cet ébranlement aurait entraîné une présence, apparemment de plus en plus grande, d'individus placés comme en situation de flottage dans la structure sociale, et qui peupleraient ses interstices sans y trouver une place assignée. Selon lui, le « grand intégrateur » (support privilégié d'inscription dans la structure sociale), que constitue le travail, aurait perdu de sa prévalence, entraînant le « décrochage » d'un certain nombre d'individus et une vulnérabilité accrue du positionnement social. Les exclus, précise Robert CASTEL, « sont tellement atomisés, ils sont tellement inutiles, qu'ils ne sont porteurs d'aucune alternative à l'état des choses actuel. Par contre, leur existence met en question la conception que la société doit exister comme un tout... S'il y a effectivement des gens coupés à la fois des circuits de production, d'utilité et de reconnaissance sociale, il se dessine un mode de société dans lequel les membres ne sont plus liés par ces relations d'interdépendance [...] qui font qu'on peut parler d'une société comme d'un ensemble de semblables ». L'évolution de la compréhension de l'exclusion sociale, en termes de dynamique de désaffiliation et de processus de précarisation, sera au cœur de la clinique psychosociale élaborée par Jean FURTOS (2000a). Ce faisant, nous pouvons dire que la clinique psychosociale est une clinique castellienne.

² LE BLANC G., (2007), *op. cit.*, p. 14. Cet ouvrage de Guillaume LE BLANC a été mobilisé par les référents du CSMP lors de la réunion plénière du 29 juin 2007.

Note méthodologique sur ma posture de recherche

Un peu à la manière de BOURDIEU dans *La misère du monde*, ces récits d'expérience clinique peuvent être perçus comme des petites nouvelles qui me semblent tout à fait essentielles à la juste compréhension des postures cliniques rencontrées et sur lesquelles je reviendrai dans la troisième partie de ce travail. Ces nouvelles n'ont pas été écrites par moi-même mais bien par les cliniciens de la précarité eux-mêmes. Si pour eux, il s'agit bien souvent d' « étude de cas » ou de « situation clinique », des sortes de récits cliniques qui permettent d'exposer la « problématique » des personnes en souffrance, pour moi ce sont des mises en intrigue de ces cas et situations, des récits qui donnent à voir d'une part la manière dont ils élaborent leur clinique, d'un point de vue théorique et pratique, et d'autre part, la manière dont ils sont affectés lorsqu'ils font l'expérience d'aller au chevet de ces personnes en souffrance. J'ai donc choisi de les appeler « récits d'expérience clinique » pour rappeler que la sociologie que je mets en œuvre n'est pas une sociologie clinique mais bel et bien une sociologie de la clinique. C'est-à-dire une sociologie qui s'intéresse aux phénomènes sociaux et normatifs qui relèvent du cadrage de la problématique de la personne en « étude de cas » ou « situation clinique ».

Il n'en reste pas moins que dans cette seconde partie, il s'agit donc, à mon tour, de me laisser toucher, affecter, subjectiver en quelque sorte, par cette mise en récit des cliniciens. Je pense en effet, qu'avant de pouvoir objectiver un objet encore faut-il avoir été soi-même affecté¹ et subjectivé par lui². En effet, l'appréhension de la perception qu'ont les cliniciens des vies ordinaires des personnes en situation de précarité, suppose d'avoir à l'esprit ce que sont ces vies ordinaires, ce qui les constitue autant que ce qui les fait agir. Ce faisant, je suis la mise en garde de Michel FOUCAULT : « Peut-être sommes nous trop voués au commentaire pour comprendre ce que sont des vies »³. Il ne s'agit cependant pas pour moi de tomber dans l'excès inverse qui consisterait à s'indigner devant ces expériences de la précarité, et de les voir comme des expériences de l'injustice fournissant des indicateurs sur une symptomatologie des souffrances sociale et psychique. En tentant de reconstruire une conception cohérente de la précarité à partir des récits d'expérience des cliniciens, je ne prétends pas prononcer une typologie définitive de ce qu'est la précarité d'un point de vue psychopathologique. Ma sociologie ne se substitue pas à la psychologie ou à la psychiatrie, comme évoqué en introduction de cette thèse. Là encore, l'objectif est plutôt de proposer une tentative de synthèse à partir des éléments théoriques et pratiques que m'apportent les cliniciens qui se disent « de la précarité », que ce soit du côté de la psychiatrie ou du côté du travail social afin d'analyser les formes de traitement clinique de la précarité. Je m'en tiendrai donc, dans cette seconde partie, à décortiquer le récit que tiennent ces cliniciens sur la précarité, récit véhiculant affects, représentations, valeurs autant de caractéristiques qui me permettront progressivement de typologiser les formes d'intervention clinique des cliniciens de la précarité.

¹ FAVRET-SAADA J., « Etre affecté », *Gradhiva*, n°8, 1990, p. 3-9.

² Je rejoins ici la démarche de Pierre BOURDIEU qui précisait que « pour comprendre ce qui se passe dans des lieux qui, comme les « cités » ou les « grands ensembles », et aussi nombre d'établissements scolaires, rapprochent des gens que tout sépare, les obligeant à cohabiter, soit dans l'ignorance ou dans l'incompréhension mutuelle, soit dans le conflit, latent ou déclaré, avec toutes les souffrances qui en résultent, il ne suffit pas de rendre raison de chacun des points de vue saisi à l'état séparé. Il faut aussi les confronter comme ils le sont dans la réalité, non pour les relativiser, en laissant jouer à l'infini le jeu des images croisées, mais, tout au contraire, pour faire apparaître, par le simple effet de la juxtaposition, ce qui résulte de l'affrontement des visions du monde différentes ou antagonistes : c'est-à-dire, en certains cas, le tragique qui naît de l'affrontement sans concession ni compromis possible de points de vue incompatibles, parce que également fondés en raison sociale. » BOURDIEU P., (1993), « L'espace des points de vue » dans *La misère du monde*, Paris, Seuil, p. 13.

³ FOUCAULT M., (1976), *La volonté de savoir, Droit de mort et pouvoir sur la vie*, Paris, Gallimard, p. 108.

CHAPITRE 3 - UNE CLINIQUE QUI DEMANDE BEAUCOUP D'ADRESSE(S) : L'EXEMPLE DE LA PRISE EN CHARGE D'ÉMILIO

« Il n'y a pas, il n'y a jamais eu d'individu « isolé », sans attaches sociales. Il n'y a que des individus historiquement socialisés, en situation, et pour qui l'épreuve de se tenir, à la suite de la rencontre de l'injonction de maîtrise de soi et des transformations des liens sociaux, se révèle de plus en plus problématique. Cette conclusion simple implique que la question sociologique initiale de l'individu dans la condition moderne renvoie en priorité, avant même celle de la détermination de son action ou de la signification de son action, à la manière dont il se tient. »

MARTUCCELLI D., (2002), *op. cit.*, p. 62.

« L'attachement à une seule structure en psychiatrie semble conduire à l'échec. »

Mr TABARY, extrait du cahier de notes personnelles,
réunion plénière, mars 2007.

Ce chapitre vise à entrer plus en profondeur dans la description analytique des pratiques cliniques émergentes face aux expériences de la vulnérabilité à partir de l'investigation des formes d'individuation par lesquelles la personne en situation de précarité se tient et est tenue de l'extérieur. Autrement dit, il s'agit d'étudier les formes cliniques de sociabilité de l'individu à partir des relations formelles et informelles qu'il entretient dans son réseau d'attachements sanitaire et social. Nous poursuivons ainsi notre compréhension du croisement des dynamiques et des parcours de vulnérabilité (les problématiques de rupture de liens) avec les diverses modalités de prise en charge collective et individuelle (organisation, coopération). Pour ce faire, nous allons nous appuyer sur l'exemple de la situation d'une personne en situation de précarité, que nous appellerons Emilio, et nous allons étudier ce que nous appelons sa « constellation sanitaire et sociale ».

Le terme de « constellation » est emprunté à Michel LECARPENTIER dans un article paru sur le site internet de la Clinique de La Borde¹. Ce terme s'inscrit donc dans la continuité de la démarche proposée par les tenants de la psychothérapie institutionnelle. Nous avons choisi de garder ce terme appartenant à la clinique car il est issu pour nous d'une intuition clinique que nous avons eue dès le départ de ce travail de thèse qui consistait à « sentir » que les dispositifs-réseaux « remuent le contre-transfert » comme disait TOSQUELLES.

¹ LECARPENTIER M., *Psychiatrie de Secteur, Réseau et constellation sanitaire et sociale*, 22 avril 2001, article publié sur le site internet de la clinique de La Borde. <http://www.cliniquedelaborde.com/>

Autrement dit, et c'est là l'hypothèse forte de ce chapitre, nous pensons que **les dispositifs-réseaux s'informent (au sens de prendre forme) de l'ensemble des traitements subjectifs et intersubjectifs des problèmes.**

Une constellation sanitaire et sociale est une représentation schématique du parcours d'un individu dans son réseau sanitaire et social¹ de sociabilité. Décrire cette constellation nous permet de comprendre (1) comment sont rassemblés tous ceux qui, acteurs sanitaires et sociaux, se trouvent en position d'être attachés à un individu et de partager sa connaissance (ce qui constitue l'objet de ce chapitre), et (2) par quoi ces acteurs sont-ils attachés.

D'un point de vue méthodologique, nous rappelons qu'il ne s'agit pas pour nous d'essayer de saisir les expériences de la vulnérabilité d'Emilio directement à partir de son récit biographique et des perceptions de ses propres changements intérieurs, il s'agit plutôt de les saisir à partir des agents et des institutions au milieu desquels il se déplace dans son parcours sanitaire et social parce qu'il y est attaché et qu'il attache, d'une manière ou d'une autre.

Emilio, la cinquantaine, erre depuis une quinzaine d'années entre la rue et différentes institutions sanitaires et sociales de Bourg-en-Bresse. Tout le monde semble le connaître. On parle de lui à l'hôpital psychiatrique, au centre d'hébergement et de réinsertion sociale, au service des urgences de l'hôpital général, au centre de postcure, au 115. Si ses différents déambulements traduisent sans nul doute l'expression d'une problématique spécifique propre aux grands « errants psychiques »², ils viennent également pointer les impasses traditionnelles dans lesquelles se trouvent ces institutions dans leurs tentatives de soigner Emilio et bien avant cela de le rendre *accessible* aux soins en tentant de trouver chez lui une accroche, une prise. Parce qu'Emilio, bien sûr, n'est pas en demande de soins, et ce, malgré le fait qu'il soit alcoolique, épileptique, énurétique. Faute de pouvoir se saisir d'Emilio en tant qu'« individu soignable », l'on tente de s'en saisir en tant que « cas », « situation », « problématique », autant de vocables qui émergent sur d'autres scènes que celle de la relation d'aide directe, plus collectives celles-ci, comme nous avons pu l'observer par exemple aux réunions du

¹ Le postulat sous-jacent à cette proposition consiste également à penser, avec MARTUCCELLI que « c'est bien de la place d'un individu au sein d'un réseau, de la nature de son articulation à celui-ci et de sa forme, que provient l'intelligence ultime du social. » MARTUCCELLI D., (2002), *op. cit.*, p. 68.

² PITICI C., (2006), *De l'enfouissement psychique à la scène d'amarrage : actualisation de l'indéterminé chez l'errant*, thèse pour l'obtention du grade de docteur en psychologie de l'Université Lyon2. Colette PITICI est psychologue clinicienne, analyste de la pratique des psychologues RMI du CSMP, et intervenante lors de la journée du 31 mai 2007 organisée par le CSMP sur le thème de « L'impasse psychosociale ». Ces différents travaux font partis des corpus doctrinaux du CSMP.

Réseau Santé Mentale Précarité au mois de janvier 2007 ou encore à l'Espace Rencontre CHRS-CMP au mois de février 2007. La question qui se pose à tous les professionnels que rencontre Emilio est : comment travailler son accessibilité au soin, autrement dit, comment travailler sa « soignabilité » ?

Le parcours d'Emilio est typique des personnes en situation de précarité qui interpellent indirectement le CSMP en activant le réseau des professionnels sanitaires et sociaux pour tenter de traiter collectivement le problème, c'est une des raisons pour laquelle nous l'avons choisi.

Note méthodologique sur ma posture de recherche

Ma rencontre avec la situation « Emilio » débute lors de la réunion du RSMP en janvier 2007. Au cours de cette réunion, se succède tout un ensemble de situations qui placent les professionnels en présence en situation d'échec. Moins d'un mois plus tard, sans que j'en fasse la demande, la situation d'Emilio est une nouvelle fois évoquée dans un deuxième espace d'écoute collective et plurielle ; l'espace rencontre CHRS-CMP du CHRS « Tremplin ». Face à la répétition de l'occurrence de cette situation dans ces espaces collectifs, je choisis de me laisser à mon tour agir par elle, ne serait-ce que pour suivre l'agir collectif des cliniciens. A travers le parcours d'Emilio, je décide donc de suivre les cliniciens de ce parcours. Cependant, je suis bien conscient qu'en décidant de suivre « Le cas » qui émerge un peu partout dans ces collectifs, je laisse implicitement de côté, les autres cas, plus discrets dont les cliniciens ne parlent pas ou peu. Ce faisant, je participe à la dynamique collective qui est, d'une certaine manière, excluant. Ce qui m'intéresse par rapport à ce « cas » c'est qu'il me permet justement d'obtenir des informations sur la nature des problématiques permettant aux professionnels de réfléchir, de retrouver qui ils sont, de tenter, comme nous le verrons, de résoudre des conflits institutionnels et pratiques. Emilio agit un peu à la manière d'un mythe unificateur et c'est justement cet agencement, en ce qu'il fait collectif, qu'il nous intéresse de décortiquer dans ce troisième chapitre. D'autres « cas » seront étudiés dans le chapitre 4.

Le parcours d'Emilio est marqué par treize étapes qui s'enchaînent, au rythme des réponses apportées, lesquelles sont toujours accompagnées d'un sentiment d'impuissance à agir du côté des professionnels.

Note méthodologique

Ces étapes ne reflètent pas la totalité du parcours d'Emilio. Elles sont le produit d'une mise en récit (celui du sociologue) déclenchée par une tentative de « remonter » le parcours d'Emilio. Cependant du fait que j'ai été orienté par les professionnels plutôt que par Emilio, le parcours d'Emilio étudié ici est le mélange de perceptions des professionnels et d'une reconstitution effectuée par moi-même. C'est une mise en récit construite par moi-même qui retrace l'histoire institutionnelle d'Emilio. La vie d'Emilio n'est pas en question. Elle est peut-être meilleure ou bien pire que ce qui va être dit ici, mais cela ne constitue pas l'objet de cette recherche, je n'ai pas souhaité rencontrer Emilio.

Enfin, je tiens également à préciser que cette liste d'étapes n'est pas exhaustive car selon les professionnels rencontrés, Emilio a été en relation avec le Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie de l'Ain. Malheureusement le psychologue qui avait suivi Emilio est parti définitivement aux Etats-Unis et n'a pas répondu à mes sollicitations avant son départ. D'autres institutions et donc d'autres professionnels ont pu m'« échapper ». Il est donc utile de rappeler ici que je ne cherche pas l'histoire institutionnelle totale, mais la manière dont cette histoire est mise en sens et articulée par les professionnels du parcours d'Emilio.

Un moment du parcours de vulnérabilité d'Emilio

- Janvier 2006 : Première rencontre avec Mlle CLERC (Permanence d'Accès aux Soins de Santé de Fleyriat) ;
- Avril 2006 : Exclusion du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) « Tremplin » ;
- Printemps 2006 : Rendez-vous manqué avec le CHRS « L'Envol » à Ambérieu ;
- Juin 2006 : Réunion de suivi réunissant tous les partenaires du soin autour du cas Emilio ;
- 2 juin au 22 août 2006 : Séjour en Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (HDT) au service « Epidaure » du Centre Psychothérapique de l'Ain (CPA) ;
- 22 août 2006 au 31 août : Séjour au centre de postcure « Hélios » ;
- 31 août au 13 septembre 2006 : Séjour en Hospitalisation Libre (HL) au service « Epidaure » du CPA ;
- 13 septembre au 19 septembre 2006 : Séjour au centre de postcure « Hélios » ;
- 19 septembre 2006 : Arrivée au Centre d'Accueil Permanent (CAP) du CPA ;
- 19 au 27 septembre : Séjour en HL au service « Epidaure » du CPA ;
- Décembre 2006 à mars 2007 : 111 appels d'Emilio au 115 ;
- 29 janvier 2007 : Réunion du Réseau Santé Mentale Précarité (RSMP), évocation du cas Emilio ;
- 26 février 2007 : Espace Rencontre au CHRS « Tremplin » autour du cas Emilio.

Pour chacune de ces étapes, nous avons effectué une monographie selon la même méthodologie qui nous a servi pour décrire le CSMP. Nous nous sommes ainsi intéressés (1) au cadre de l'action, (2) au parcours d'engagement de(s) l'intervenant(s), aux références théoriques et cliniques mobilisées (les corpus doctrinaux de référence) et (3) au récit de

l'intervention. Ce chapitre vise à rendre compte de ces monographies en restant volontairement assez près du récit des intervenants rencontrés.

I. Institutions et dispositifs traversés par Emilio : les cadres d'action des interventions cliniques

1. L'« accès aux droits, aux soins et à la prévention » : la PASS de l'hôpital « Fleyriat »

En application de la Loi de lutte contre les exclusions (juillet 1998) et des Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), l'hôpital de médecine général « Fleyriat » de Bourg-en-Bresse a du mettre en œuvre, comme au Centre Psychothérapique de l'Ain, une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS). A l'hôpital « Fleyriat », la PASS a été ouverte en 2000 à l'initiative d'un médecin urgentiste, le Dr HUGUES et d'une assistante sociale. Le poste du Dr HUGUES n'est pas officiellement attribué à la PASS, elle intervient donc sur son temps de travail en tant qu'urgentiste, ce qui explique le fait que le local attribué à la PASS soit intégré au service des urgences. Le dispositif PASS est donc composé uniquement de 0.5 ETP (Equivalent Temps Plein) d'un poste d'assistante sociale, qui partage en réalité son activité avec des responsabilités sur sept autres services de l'hôpital. Cela explique peut-être, en partie, l'importance du turn-over sur ce poste qui a vu défiler quatre assistantes sociales en l'espace de six ans.

Le repérage du « public PASS » est effectué généralement aux urgences par les Infirmiers d'Accueil et d'Orientation (IAO), le public en situation de précarité étant le plus souvent amené, la première fois, par les pompiers ou la police. Le repérage s'effectue parfois dans les services de court-séjour par les cadres infirmiers et les soignants. Des critères PASS (cf. ci-dessous) ont été établis par l'assistante sociale et le médecin en vue de faciliter le repérage et l'orientation vers ce dispositif.

Critères PASS : (à cocher)

Absence de couverture sociale
Problème de ressources
Conditions de vie précaire
SDF
Demandeur d'asile

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Critères PASS. Extrait de la fiche de suivi administratif du centre hospitalier Fleyriat

Si la validation d'un seul de ces critères permet l'entrée dans le dispositif, leur repérage est parfois difficile notamment en ce qui concerne les critères « *problème de ressources* » et « *conditions de vie précaire* » qui nécessitent généralement un entretien spécifique différent de celui proposé par l'IAO à l'accueil des urgences. L'orientation et le repérage relèvent donc en partie de l'analyse subjective que l'IAO pourra faire de la personne qu'il rencontre, en fonction de la cohérence de son discours, des papiers officiels fournis, de l'apparence de l'individu.

Une fois le repérage effectué, une consultation sociale est proposée à la personne, soit immédiatement si l'assistante sociale est disponible, soit sur rendez-vous pendant les heures de présence (8h30-17h du lundi au vendredi). En l'absence de l'assistante sociale, l'IAO ou le personnel soignant remet à la personne les coordonnées du service social, la carte de visite de l'assistante sociale, une plaquette d'information lui indiquant la démarche à faire pour prendre rendez-vous auprès du service social. L'intervention de l'assistante sociale consistera ensuite à évaluer la situation de précarité, à vérifier les droits à la sécurité sociale, à aider à l'ouverture et au rétablissement des droits sociaux¹ et à organiser et suivre les soins en intra et en extrahospitalier.

Depuis le 1^{er} novembre 2003, c'est une Conseillère en Economie Sociale et Familiale (CESF) du service social de l'hôpital qui est détachée sur le service d'accueil des urgences pour prendre en charge les situations de précarité. Son action s'est élargie à l'ensemble des services de court-séjour depuis le 1^{er} octobre 2004. Elle travaille en collaboration avec les assistantes sociales de chaque service qui lui signalent les situations de précarité et de détresse sociale qui relèvent d'une prise en charge par la PASS. L'intervention de la Conseillère en Economie Sociale et Familiale vise en premier lieu le rétablissement des droits sociaux. Elle se fixe comme objectifs « *de s'assurer au mieux des conditions de vie des patients et de veiller à faciliter la continuité des soins par une orientation adaptée.* »² Pour remplir sa mission, faciliter l'accès aux soins hospitaliers des patients relevant de la PASS, un « passeport-soins » a été créé pour les soins hospitaliers gratuits (consultations, séjours, examens complémentaires)³. Ce « passeport-soins » permet à ces patients d'accéder gratuitement au plateau technique de l'hôpital (consultations externes, séjours, examens complémentaires). Il est délivré à l'issue de la consultation sociale PASS par la Conseillère en Economie Sociale et

¹ Cf. annexes du chapitre 3 - Protections maladies selon le statut du séjour et le profil de public.

² Extrait de la note de service diffusé dans les différents services de l'hôpital.

³ Cf. annexes du chapitre 3 - Passeport soins de la PASS de Fleyriat.

Familiale, qui s'assure au préalable des critères d'entrée dans la PASS. Lors de cette première consultation, un « contrat de soins » est défini avec le patient. « Le passeport-soins » a une durée de validité de 2 mois, renouvelable. Au cours de cette période, le patient est aidé dans ses démarches pour recouvrer ses droits sociaux. La CESF dispose également d'une ligne budgétaire spécifique PASS, d'un tampon PASS pour la délivrance gratuite de médicaments, de tickets de bus, et de l'accès à un service d'interprètes par téléphone.

2. Le « soin » : l'unité intrahospitalière « Epidaure » du CPA et le centre de postcure « Hélios »

Le service intrahospitalier « Epidaure » du CPA : accueillir et soigner les personnes présentant des troubles psychiques

« Epidaure » est une unité d'admission de courte durée du Centre Psychothérapeutique de l'Ain ayant pour vocation de proposer un accueil et des soins à toutes les personnes présentant des troubles psychiques, nécessitant une hospitalisation, et domiciliées dans le secteur psychiatrique n°1 du département de l'Ain¹. La capacité d'accueil de cette unité est de 25 lits (dont deux chambres d'isolement), généralement occupés à 120 voire à 130%. Les activités de l'unité sont encadrées par différents professionnels (infirmiers, médecins, psychologues, assistantes sociales) mais bien souvent c'est l'infirmier qui, parce qu'il assure le quotidien de la personne hospitalisée, devient le référent incontournable de la prise en charge proposée au patient. L'activité de l'infirmier est cadrée par ce que le département paramédical des soins du CPA appelle « le projet de soins infirmiers »².

Le travail quotidien, « au front », des infirmiers se concrétise à travers :

- « - l'évaluation clinique de la pathologie psychiatrique et de son impact dans la vie psychique et dans le lien social de la personne en soin,
- la participation, l'élaboration, le suivi, la mise en œuvre et l'évaluation du projet de soins individualisé, à partir de la démarche de soins (recueil de données - analyse de la situation, élaboration du diagnostic infirmier, formalisation et évaluation du projet de soins infirmiers),

¹ Comme toutes les unités intrahospitalières, l'unité « Epidaure » est territorialisée sur un des secteurs psychiatriques du département (le secteur n°1). Cela signifie que tous les habitants de ce secteur peuvent être pris en charge par le service « Epidaure » lors de leur admission. Les individus n'ayant pas de domicile fixe (SDF, sans papiers,...) sont quant à eux répartis dans les services d'admission en fonction de la première lettre de leur nom de famille, chaque unité intrahospitalière sectorisée ayant préalablement été attribuée d'une série de lettres de l'alphabet (par exemple : l'unité « Epidaure » accueille toutes les personnes sans domicile fixe dont la première lettre du nom de famille commence par A jusqu'à H). Les personnes domiciliées dans un CHRS dépendent quant à elles du secteur auquel ce dernier est rattaché.

² Cf. annexes du chapitre 3 - Le projet de soins infirmiers au CPA.

- la permanence et la continuité des soins à partir d'une relation de proximité (assurer les relais avec les partenaires et les professionnels internes et externes),
- les soins : éducatifs, de base, techniques, relationnels aux patients,
- la prévention du risque : surveillance des risques de passage à l'acte, contention (psychique et physique) des troubles du comportement,
- la mise en place et l'animation de groupes de soins avec médiateurs (par exemple : peinture, cuisine, psychocorporel),
- les co-thérapies (psychodrame, psychomotricité, photolangage, atelier mémoire), l'accompagnement, l'étayage dans les actes de la vie sociale,
- les entretiens patient, famille/environnement : éducation nationale, structures médico-sociales...
- les interventions de conseils, de partenariats au niveau du réseau. »

Extrait du Projet d'Établissement n°2 du CPA,
« Le projet du service de soins infirmiers », p. 92-93.

Le travail « réflexif », quant à lui, trouve sa place dans les réunions quotidiennes de « relève » entre les équipes infirmiers et également lors des réunions d'analyse de la pratique réalisées par une psychologue et qui ont lieu une heure toutes les deux semaines. Ces réunions visent à *« échanger sur les difficultés qu'on peut ressentir dans les prises en charge, surtout s'il y a des choses qu'on a vécues de manière difficile, si on a des questions par rapport à des choses qu'on a pu faire avec un patient, est-ce qu'on a bien fait ? C'est vrai que d'un point de vue extérieur, elle [la psychologue] nous donne des réponses. »* (Mlle LEDOUX, infirmière à l'unité « Epidaure » du CPA).

Le centre de post-cure « Hélios » : assurer les soins de suite pour des hommes adultes qui présentent des « pathologies névrotiques » et « borderline » ainsi que des « troubles psychotiques »

Le centre de postcure « Hélios » est un établissement participant au service public hospitalier non sectorisé, géré comme le CPA par l'association ORSAC (Organisation pour la Santé et l'Accueil), disposant d'une autorisation de 30 lits pour accueillir des hommes adultes souffrant de « pathologies névrotiques et « borderline » ainsi que de troubles psychotiques »¹. Il présente ainsi la particularité d'être un des rares établissements de soins de suite de la Région Rhône-Alpes spécialisé en psychiatrie.

L'offre de soin psychiatrique dans le département de l'Ain est limité à deux établissements de « court séjour » l'un assurant le service public hospitalier (Centre Psychothérapique de l'Ain), l'autre est un établissement du secteur commercial. Le Centre « Hélios » s'inscrit dans une volonté d'alternative de la suite à l'hospitalisation en Centre Hospitalier Spécialisé, alternative

¹ Extrait de la revue de l'ORSAC, *Avec*, n°8, Décembre 2003, p. 5.

permettant une diversification qui se veut originale à la prise en charge des malades atteints par la maladie mentale.

L'établissement est composé d'un seul bâtiment divisé en quatre niveaux :

- Le premier niveau (rez de jardin) est consacré aux vestiaires et aux activités collectives ;
- Le second niveau (rez de chaussée) est le niveau d'accueil, de vie collective (salle tv) ainsi que des bureaux, de la salle de soins et de la salle de restaurant ;
- Le troisième niveau (premier étage) comporte la salle d'ergothérapie et 8 chambres à un lit et 2 chambres à deux lits. Ainsi qu'une salle de réunion, une salle TV ;
- Le quatrième niveau (second étage) comprend 11 chambres à un lit et 4 chambres à deux lits ainsi qu'une salle d'activités.

Le personnel soignant du centre est composé d'un médecin psychiatre qui dirige l'établissement, de six infirmiers et d'un ergothérapeute. *« Alors les gens arrivent, on les installe, ils sont installés par l'équipe, moi je les vois le lendemain de leur admission, je ne les vois jamais le jour même. C'est histoire de leur laisser le temps de se poser ici, de trouver leurs repères. Donc je les vois le lendemain, on fait le point sur ce qui se passe, où ils en sont, quels sont un petit peu les buts du séjour, on présente la structure. La première semaine, on leur demande de ne pas sortir. Ca a un double effet, de se connaître et puis de trouver leurs marques ici, d'apprendre à connaître l'établissement. Petit à petit, il y a des prises en charge qui sont proposées, en particulier tout ce qu'on appelle psychocorporel. Beaucoup d'activités de gymnastique, de rééducation, de rééducation en piscine. On apprend un petit peu à se réinvestir, à réinvestir son corps, à réinvestir son vécu, à faire des liens avec les douleurs qu'ils peuvent ressentir avec des choses qu'ils ont pu vivre dans leur vie. Après dans un deuxième temps souvent, dans la mesure où ils sont d'accord, parce que les patients viennent ici en libre. Ils sont tous d'accord pour venir, on ne fait pas de placement. Ils viennent ici parce qu'ils sont d'accord pour venir et partie prenante au projet. On leur propose des prises en charge en ergothérapie qui sont soit des prises en charge individuelles sur prescription avec des buts, c'est-à-dire pourquoi ils vont en ergothérapie, pourquoi faire etc., et des prises en charge plus groupales, en ergothérapie toujours, mais là c'est sur inscription libre. Par exemple, là c'est un groupe que l'ergothérapeute appelle « lecture collage ». C'est autour d'un thème, par exemple, la dernière fois c'étaient les élections présidentielles, c'est souvent*

des thèmes d'actualité. Et autour de ça, il y a toute une activité de collage, de recherche de documents, etc. Et puis, il y a tout ce que j'appelle moi, la vie institutionnelle au quotidien, les liens qu'ils se font entre eux. Toutes les activités du style jeux de cartes, scrabble, la télévision aussi, on incite les gens à ne pas rester dans leur chambre. Par exemple, il n'y a pas de télé dans les chambres pour que les gens soient ensemble. Au bout d'une semaine, il y a mise en place d'une ouverture sur l'extérieur donc des temps de sortie proposée, seul en général mais ça peut aussi être à plusieurs. On travaille beaucoup sur la confiance ici. Parce que s'ils sont dehors, ils peuvent aller en ville, on ne va pas forcément le voir. L'endroit n'est pas fermé à clef, à part la nuit. Et la journée c'est ouvert, donc on n'est pas tous à la fenêtre en train de regarder qui part. Donc la première semaine, ils n'ont pas le droit de sortir de l'enceinte mais ils peuvent aller dehors évidemment. Après, je crois que ça fait partie de la prise en charge et la confiance. S'ils vont en ville, on ne va pas le voir sauf si on les cherche à ce moment-là. [...] Les gens ici ne viennent jamais en situation de crise. Les gens qui viennent ici sont déjà dans un travail de stabilisation qui s'est fait et déjà, ils viennent avec une idée quelque part de ce qu'ils veulent mettre dans leur projet de vie. Nous ici, on part avec le postulat que ce sont des gens qui ont accepté de se soigner. Ils sont déjà dans une démarche de soin, de demande d'aide. Donc on travaille beaucoup sur la confiance, c'est une espèce de contrat moral entre guillemet, qu'on passe ensemble. On ne va pas les surveiller non plus, on n'est pas des flics, c'est pas notre boulot. On n'est pas une structure hospitalière, on est une structure post-cure, cure au sens de soin, ça dit bien ce que ça veut dire. » (Dr DUCHEMIN, médecin psychiatre, responsable du centre « Hélios »).

3. L'« orientation » : le centre d'accueil permanent du CPA et le 115

Le Centre d'Accueil Permanent du CPA : accueillir, orienter et parfois soigner les nouveaux arrivants au CPA

Suite à une longue réflexion initiée en 1994 avec le premier projet d'établissement concernant l'accueil, l'orientation et l'urgence psychiatrique au CPA, le Centre d'Accueil Permanent (CAP) a ouvert ses portes le 14 septembre 2000. Cette réflexion partait du constat que l'accueil offert jusque-là au patient au CPA pouvait souffrir à la fois d'un manque de disponibilité et de temps du personnel, et d'un manque de formation à l'urgence. Situé à

l'entrée du CPA¹, le CAP est un dispositif de passage obligé défini « *comme une plaque tournante de notre institution, au service des différents secteurs, et collaborant tant avec les structures extrahospitalières qu'avec l'intrahospitalier.* »² Comme le rappelle le Dr ENCLIN, responsable du dispositif CAP-Urgences, « *le CAP n'est pas une structure supplémentaire mais un dispositif à la fois très généraliste et très spécialisé de première intention.* »³ Le CAP ne se positionne pas en concurrence ni avec les unités d'admission du CPA ni avec le Centre Hospitalier Fleyriat où est présente une partie de son équipe dans le cadre de la psychiatrie dite « de liaison ». Il agit en complémentarité de ces structures en se définissant à la fois comme un « *bureau des entrées, un centre « d'aiguillage » et de « triage » des admissions, et un lieu de soin* » (une infirmière du CAP). Dès le départ, le CAP s'est donné comme mission d'être « *le plus accueillant et le plus accessible possible, contribuant en cela à dédramatiser la psychiatrie.* » (Dr ENCLIN, psychiatre responsable du CAP.) Cette accessibilité se traduit par une permanence d'accueil (y compris téléphonique), 24h sur 24, 7 jours sur 7. Un nouvel arrivant peut rester au maximum 48h au CAP avant d'être dirigé vers l'unité, la structure ou la personne en théorie la mieux placée pour lui apporter les soins dont il a besoin.

Le dispositif CAP-Urgences, également présent à l'hôpital « Fleyriat », est coordonné par le Dr ENCLIN. Son équipe médicale compte outre quatre psychiatres, un médecin généraliste. L'équipe infirmière dirigée par Mme DUJARDIN, CIP et référente au CSMP, est composée de 20 infirmiers, dont six à l'hôpital Fleyriat, qui prennent aussi en charge à tour de rôle les appels téléphoniques.

Le CAP reçoit en moyenne dix personnes par jour (entre 0 et 18). La prise en charge d'accueil consiste en la réalisation de l'entrée administrative, d'un entretien en binôme infirmier-psychiatre (entretien qui donne lieu à la rédaction d'une fiche d'accueil), d'un examen somatique, d'un bilan et d'une première prescription de traitement. Cette prise en charge ne supprime pas celle qui sera ensuite faite dans le service par l'infirmier, ni l'entretien médical indiquant le projet de soins. Cette prise en charge peut être complétée selon les cas, par une mise en observation de 24 à 48 heures. Ce temps d'observation a été mis en œuvre afin de réduire le temps de l'hospitalisation : 52% des personnes qui passent au CAP sont hospitalisées. Parmi celles qui sont gardées en observation, 56% repartent. La moitié des

¹ Le CAP est situé à l'entrée du site du Centre Psychothérapique de l'Ain dans les anciens locaux réaménagés de l'imprimerie. Seuls, les agents d'administration du bureau « GAP » attenants au CAP, dont nous reparlerons plus loin, anciennement « employés aux écritures », rappellent ce passé lié à l'impression.

² Selon Mme Patricia GUISTI, psychiatre et présidente de la CME dans *Missions, Le journal du Centre Psychothérapique de l'Ain*, n°5, Déc. 2000, p. 18.

³ Dans *Missions, Le journal du Centre Psychothérapique de l'Ain*, n°5, Déc. 2000, p. 18.

consultations est ponctuelle mais pour le Dr ENCLIN, « *l'entretien infirmier, la consultation, l'observation c'est déjà du soin, sinon on ne serait pas là !* »¹ Il s'agit parfois de jouer le rôle d'un « *centre de crise* » pour gérer des situations aiguës entre deux consultations ou d'un « *centre ressource* » lorsque les médecins généralistes, par exemple, s'adressent au CAP pour un avis rapide sur un traitement ou une hospitalisation. Cela est d'autant plus prégnant que les CMP n'ont pas toujours la possibilité de réaliser quotidiennement des consultations médicales. Le CAP est donc la solution en cas de manque de ressource médicale ou lorsque le CMP est fermé le soir et les week-ends.

Cette sollicitation du CAP est cependant variable en fonction de la proximité géographique des patients (il y a plus de patients provenant du bassin burgien) par rapport aux autres structures de l'urgence (à Trévoux, à l'ouest du département, les urgences sont le plus souvent adressées à l'hôpital de Villefranche, dans le département du Rhône, plus proche et pris en charge par l'unité de bilan et d'orientation). Les patients les plus éloignés viennent plutôt pour une hospitalisation alors que les patients résidant à Bourg-en-Bresse viennent plutôt pour une consultation. Certains patients diraient également, selon une infirmière, se rendre plus facilement au CAP qu'au CMP, le délai d'attente pour avoir une consultation passant de plus d'un mois à quelques heures.

Toutes les unités de soins du CPA sont en relation avec le CAP à la fois en aval de l'accueil lorsque le CAP adresse à l'unité un patient pour une hospitalisation et en amont de l'accueil lorsque, par exemple, un patient a fugué du service ou lorsqu'on pense que sa sortie d'essai ne va pas être concluante. Il arrive que des patients appellent le CAP juste pour discuter quelques minutes avec une infirmière ou un médecin, le week-end surtout, ou, selon le Dr ENCLIN, qu'ils viennent volontairement en observation, plutôt qu'en hospitalisation. Ainsi pour certains, le CAP joue un peu le rôle d'une « *antichambre de la psychiatrie* » (Dr ENCLIN) et pour d'autres c'est « *une structure intermédiaire où les gens sont de passage, une interface entre différents lieux.* » (une infirmière du CAP).

Le bâtiment du CAP est composé de trois parties : (1) une aire « *Accueil et Consultation* », (2) une aire « *Technique* » (salle des infirmières + services techniques), (3) une aire « *Observations* » qui comprend trois chambres.

¹ Dans *Missions, Le journal du Centre Psychothérapique de l'Ain*, n°10, Juin 2003, p. 17.

Le CAP abrite également une antenne du bureau des entrées, ou bureau « GAP » (Gestion Administrative des Patients). En dehors des heures d'ouverture où trois agents d'administration tournent à tour de rôle dans la semaine, c'est un infirmier qui assure l'accueil administratif, sauf pour les patients dont l'hospitalisation est programmée et qui entrent directement dans le service. La fonction du GAP est de réaliser « *l'accueil administratif* » c'est à dire de vérifier avec la personne si ses droits sont ouverts concernant sa sécurité sociale, sa mutuelle, les éventuels documents d'admission (certificats HDT ou HO), et des renseignements concernant la personne à prévenir en cas de besoin. En ce qui concerne les personnes en situation de précarité, les difficultés se situent souvent dans le fait qu'elles n'ont pas de sécurité sociale, encore moins de mutuelle, et que bien souvent il faut aller chercher du côté de caisses étrangères d'assurance maladie (Allemagne, Espagne, etc.). Les difficultés s'accroissent également lorsque ces personnes ne partagent pas la même langue que le personnel d'accueil.

Les informations recueillies au GAP sont ensuite dispatchées sur les sept autres agents administratifs de l'hôpital. Dans la mesure où la personne n'est pas assurée, ou qu'elle se trouve en situation irrégulière sur le territoire français, ou que la carte de séjour est périmée, l'agent administratif doit alors contacter le chef de service qui doit limiter la durée du séjour dans le service.

La formation des agents administratifs est une formation de secrétariat et de comptabilité. Ils n'ont pas ou peu reçu de formation à l'accueil. Notre interlocuteur avoue ressentir de nombreuses difficultés à obtenir des informations lorsque le patient ne va pas bien. L'agent du GAP se livre alors à une véritable enquête d'investigation en appelant la sécurité sociale directement, ou la préfecture parfois, ce qui peut entraîner de lourdes conséquences pour des personnes non en règle avec l'administration territoriale ou sans papiers¹.

Le 115 : orienter les personnes en situation de précarité vers un hébergement

Le 115 est le numéro d'appel que peut joindre, jour et nuit, tout individu pour être orienté vers un hébergement. Pendant plus de 10 années et jusqu'à l'automne 2005, c'est l'association OSER et son CHRS « le FAR »² qui gérait ce dispositif dans le département de l'Ain. Mais

¹ Situations rencontrées et discutées lors d'une réunion plénière du CSMP (janvier 2007).

² Nous renvoyons le lecteur qui souhaiterait obtenir des informations plus précises sur cette association, et l'évolution des débats avec les pouvoirs publics concernant son devenir, vers le site internet <http://www.oser-lefar.org/> et plus précisément la rubrique « Documentation », fichier « La belle histoire ».

suite à de nombreux conflits opposant cette association aux pouvoirs publics (DDASS, préfecture) concernant notamment son mode d'autogestion, un appel d'offres a été lancé dans le département pour reprendre ce numéro d'appel. Après de nombreuses tensions interinstitutionnelles engendrées d'une part par les conditions de retrait du 115 de l'association OSER et d'autre part par l'absence de « repreneur » (mise à part l'association déboutée), de longues négociations sur la dotation du nouveau 115 ont eu lieu pour qu'au mois d'octobre 2006 l'Association Départementale de Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte de l'Ain (ADSEA) se voit confier par l'Etat la mission « *de régulation, d'orientation et de prise en charge des sans-abri dans le département de l'Ain* »¹.

Aujourd'hui, l'ADSEA définit sa mission sur le numéro d'urgence 115 comme s'articulant autour de trois points :

- « *l'accueil, l'écoute et l'information ;*
- *l'évaluation et l'orientation notamment vers un hébergement ;*
- *la contribution à l'observation sociale en termes de connaissance et d'alerte* »².

Au printemps 2007, le service 115 de l'ADSEA est composé essentiellement de six personnes partageant le statut d'« écoutant téléphonique », d'un « intervenant sur site », et d'un chef de service. Ce service est fonctionnellement rattaché au pôle logement de l'ADSEA, pôle qui inclut également un service d'Accompagnement Social au Logement et un service CHRS nommé « La Parenthèse ». Les trois services du pôle logement sont sous la responsabilité du même chef de service, Mr NOMAD, qui est également investi dans les actions du CSMP à travers le Réseau départemental CHRS-CSMP (activité de réticulation).

Les « écoutants téléphoniques », deux hommes et quatre femmes, se reliaient 24h/24h, 7j/7j pour tenter d'apporter une réponse téléphonique permanente aux demandes exprimées. Ni travailleurs sociaux ni professionnels du soin, ces « écoutants » sont recrutés à partir d'un ensemble de compétences plus liées à une posture relationnelle qu'à la possession de savoirs techniques. Il leur est en effet demandé de posséder : « *bon relationnel, capacités d'écoute, adaptabilité, sens du travail en équipe, sens des responsabilités, organisé, autonome,*

¹ Source : « Rapport d'activité du 115 Hiver 2006-2007 ».

² *Idem.*

flexibilité par rapport aux horaires de travail, esprit d'ouverture, respect des consignes, connaissances en informatique, motivé pour travailler dans le secteur social »¹.

L' « intervenant sur site » est chargé principalement d'entretenir les relations entre le 115 et ses partenaires (CHRS, hôtels, foyers) ainsi que de veiller, en période hivernale, à l'organisation des cinq lits 115 au sein de l'hôpital « Fleyriat ». Un document récapitulatif (en annexe du chapitre 3) donne un aperçu des différentes tâches attribuées à chacun de ces trois postes.

Toute personne souhaitant être hébergée via le 115 doit appeler vers 10h du matin le jour même. « *Pas trop tôt car le décompte des places disponibles n'est pas encore fait, pas trop tard car il peut ne plus y avoir de place* » me précise t-on (écoutant du 115). La répartition dans les hôtels, CHRS, foyers, ou lits mis à disposition par l'hôpital général ne se fait pas en fonction de l'ordre d'appel, il s'agit d'un choix effectué par l'écoutant selon des critères discutés en réunion d'équipe. Ainsi celui qui appelle fréquemment et qui bénéficie régulièrement d'un lit ne sera pas considéré comme prioritaire face à un nouvel arrivant sur le territoire. De même, les « *personnes malades et les personnes âgées* » sont prioritaires par rapport aux « *jeunes marginaux et toxicomanes* ». Une certaine sélection s'effectue du côté des écoutants tandis que, chez les accueillants comme chez les accueillis, d'autres critères sont à l'œuvre. Ainsi, tel CHRS refusera d'accueillir les « *alcooliques* », tel hôtel refusera d'accueillir les « *SDF avec leur chien* »², ou encore les « *couples* »³.

De même, certaines personnes en situation de précarité refuseront d'être hébergées dans un foyer localisé à l'autre bout de la ville ou du département prétextant une trop grande distance d'avec le quartier ou l'impossibilité de trouver un travail dans le bassin d'emploi correspondant. L'équipe des écoutants vérifie également toujours la présence ou l'absence d'un moyen de transport. Il s'agit non seulement de savoir s'il existe pour la personne la possibilité d'être hébergée très temporairement dans sa voiture et, également, de savoir si elle pourra se rendre sur les lieux d'un éventuel travail fourni par la mission locale, l'ANPE, les agences d'intérimaires. Lorsque l'absence de véhicule est confirmée, les jeunes ont la possibilité de se voir prêter par la mission locale une mobylette. Mais les parcs de mobylettes des missions locales restent rares et peu dotés dans le département, et leur gestion pose

¹ Source : « Organisation du service 115 – Profil du personnel écoutant 115 ».

² Notre interlocutrice, Mme ODIAUX nous explique également que certains CHRS négocient la présence du chien avec leurs bénéficiaires en proposant trois nuits sans chien contre une nuit avec chien.

³ Nous reprenons entre guillemets les propos et catégories de Mme ODIAUX.

souvent de nombreuses difficultés aux conseillers qui en ont la charge (non retour des mobylettes, nombreuses réparations liées à un mauvais usage). Ainsi, dans le local du 115, devant l'écoutant téléphonique du 115, un grand tableau est dressé et reprend les éléments suivants :

Nom du lieu d'hébergement	Nombre de place (exemples)	Critères d'accueil	Nom de la personne hébergée	Nom des personnes interdites (préciser la période ou si c'est tout le temps)	Souhait des personnes
Hôtel Y	(2)	- (sans chien, homme, pas de problème psychologique, seul)	- Mr V	« Ne plus mettre Mr B à l'hôtel Y, trop de problèmes (a ramené hier soir quelqu'un dans sa chambre plus son chien). »	« Mme K ne veut plus aller au CHRS X parce qu'il n'y a pas de travail dans le coin. »
CHRS	(3)	- (femmes seules avec enfant(s))	- Mme H	« Ne plus mettre Y au CHRS X car trop violent avec les autres, interdit de séjour. »	
Lits 115 à l'hôpital	(2)				
Foyer Z	(1)		- Mr K	« Ne plus mettre Mr Z à l'hôtel U, a tagué la chambre, trop de risque de violence. »	

Reproduction du tableau utilisé par les écoutants du 115 pour organiser leur activité.

4. L'« insertion » : le CHRS de l'association « Tremplin »

Le CHRS de l'association « Tremplin » : lutter par l'insertion et l'hébergement contre l'exclusion et la précarité sociale.

L'association « Tremplin » travaille sur le secteur bressan du département de l'Ain en tant qu'atelier d'insertion, Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale et restaurant social. Cette association est engagée depuis sa création en 1970 dans la lutte contre l'exclusion et la précarité sociale à travers une action qui se décline aujourd'hui en trois pôles : le premier accueil, l'hébergement d'insertion et l'insertion¹.

¹ L'organisation de cet établissement a beaucoup évolué au fil du temps. Pour plus d'informations sur cette évolution, se reporter au chapitre consacré au CHRS Tremplin, « Le Tremplin : un CHRS sans hébergement accueillant des SDF », dans PELEGE P., (2004), *Hébergement et réinsertion sociale : les CHRS. Dispositifs, usagers, intervenants*, Paris, Dunod, p. 175-198.

Le pôle « premier accueil » se traduit par des services de première nécessité. L'accueil de jour, tout d'abord, reçoit quotidiennement une quarantaine de visites. C'est, pour les personnes qui le souhaitent, un lieu de sociabilité et d'écoute. Douches, vestiaire, salle de jeux ou de repos, rencontre avec l'équipe éducative : l'accueil de jour est aussi un outil dans l'élaboration d'un projet personnalisé.

L'accueil de nuit ensuite, qui fonctionne toute l'année depuis 2007, a une capacité d'accueil de 15 places, 10 en urgence orientées par le 115 (accueil à la nuit) et 5 en stabilisation (accueil au mois). Dans un lieu sécurisé et convivial, les personnes peuvent se reposer, faire leur toilette et entamer un parcours de réinsertion, soutenues par une équipe de travailleurs sociaux.

Le restaurant social, enfin, est ouvert à toute personne en situation de précarité. Il offre aux plus démunis la possibilité de prendre au moins un repas équilibré par jour, à un prix modeste (1,5 euros). Il sert jusqu'à 70 repas par jour, emploie des personnes en contrat aidé et contribue à maintenir le lien social.

L'hébergement d'insertion, qui constitue le deuxième pôle d'action de l'association, doit permettre l'élaboration et l'application d'un projet personnalisé, avec l'accompagnement d'un travailleur social référent et d'une équipe pluridisciplinaire. C'est un outil à moyen terme. À Tremplin, il repose sur les 5 places en stabilisation à l'accueil de nuit et 5 places en CHRS créées en novembre 2007, dans deux appartements de la ville. Il reste à concevoir 5 places de stabilisation en appartements diffus.

Pour le logement enfin, « Tremplin » propose 35 appartements en sous-location à des personnes orientées par les bailleurs ou les services sociaux. L'objectif est de conduire les bénéficiaires vers un logement autonome en les accompagnant au quotidien dans des problématiques diverses : santé, travail, droit, famille, budget. L'accompagnement peut durer jusqu'à 18 mois.

II. Les intervenants du parcours sanitaire et social d'Emilio : formes d'engagement et corpus doctrinaux

Nous avons rencontré neuf intervenants du parcours sanitaire et social d'Emilio. Pour chacun d'entre eux, nous avons tenté de comprendre quels pouvaient être leur parcours d'engagement ainsi que leurs références théoriques.

Liste des intervenants dans la prise en charge d'Emilio
Mlle CLERC, Conseillère en Economie Sociale et Familiale à la PASS de l'hôpital Fleyriat.
Mlle LEDOUX, infirmière à l'unité « Epidaure » du CPA.
Mme BON, assistante sociale à l'unité « Epidaure » du CPA.
Mr DUCHEMIN, médecin responsable du Centre de postcure « Hélios ».
Mr ENCLIN, psychiatre, chef de service du Centre d'Accueil Permanent du CPA.
Mr NOMAD, chef de service du CHRS « La parenthèse » et chef de service du 115
Mr BOUGER, intervenant sur sites du 115.
Mme ODIAUX, écoutante et coordinatrice du 115.
Mme LABORDE, éducatrice spécialisée au CHRS « Tremplin ».

1. Se rapprocher, autonomiser, trier : les visées des interventions cliniques

Les interventions visant à se rapprocher de la « personne » : « travail en réseau » et « prise en charge globale »

Mlle CLERC, Conseillère en Economie Sociale et Familiale de la PASS de l'hôpital « Fleyriat » est jeune, 23 ans, fraîchement diplômée (promotion 2005), mais déjà fermement engagée dans une volonté d'essayer d'accrocher par la santé les sujets en situation de précarité en les considérant avant tout comme « *personne* ». La catégorie de « *personne sans domicile fixe* » est systématiquement utilisée dans son discours, associée à une revendication autour de la nécessité de travailler en réseau. Son mémoire de fin d'études avait déjà pour titre « *La santé pour une possible réinsertion des personnes SDF* », la santé étant considérée « *comme un domaine où le travail social peut intervenir par le biais de la relation d'aide en rapprochant le public SDF des professionnels de la santé.* »¹ Au cours de ses études, l'engagement de Mlle CLERC s'est traduit par la réalisation de nombreux stages au CCAS² de Bourg-en-Bresse, à la halte de nuit du CHRS « Tremplin », au CHRS « le FAR », accompagnés de participations bénévoles aux maraudes³ de la Croix-Rouge, activités qu'elle poursuit encore aujourd'hui. Comme nous le verrons dans son récit de l'intervention autour d'Emilio, cette connaissance du réseau associatif lui permet d'activer, dans son travail, son réseau de connaissances en fonction du type d'interventions qui lui semble nécessaire de

¹ CLERC., (2005), *La santé pour une possible réinsertion des personnes SDF*, Mémoire pour le Diplôme de Conseiller en Economie Sociale et Familiale, Extrait de l'hypothèse principale, p. 5.

² CCAS : Centre Communal d'Action Social

³ En parallèle de la veille sociale (le 115), il existe dans l'Ain, en période hivernale et sur le secteur de Bourg-en-Bresse uniquement, une veille mobile, plus communément appelée la maraude. Elle est exercée par la délégation locale de la Croix-Rouge Française qui intervient sous deux formes de manière ponctuelle : les lundis, mercredis et vendredis, en circulant dans les rues de Bourg, et sur la demande des services de l'État.

mettre en œuvre à tel moment du parcours des personnes en situation de précarité. Cette manière de pratiquer la clinique en réseau est partagée également avec Mme BON, assistante sociale dans l'unité « Epidaure » du Centre Psychothérapique de l'Ain.

Mme BON travaille depuis plus de onze ans dans différents secteurs psychiatriques du département avant d'être rattachée d'une part au CMP de Bourg-en-Bresse et d'autre part à l'unité « Epidaure ». Elle n'est pas spécialement engagée dans le réseau associatif mais note que le travail partenarial avec le social a beaucoup évolué ces dernières années : *« Quand je suis arrivée il y a onze ans, l'hôpital était très très fermé. Le travail partenarial était quasi nul. Maintenant c'est à la mode et je pense que c'est à l'avantage de tout le monde. Moi toute seule dans la prise en charge, je ne suis pas grand-chose, je ne peux travailler bien que si je travaille avec les autres. »* Pour ces intervenant(e)s qui militent pour un travail en réseau, il s'agit bien souvent d'avoir une vision globale de la prise en charge des personnes. C'est le cas, par exemple de Mlle LEDOUX, infirmière dans l'unité « Epidaure », qui n'est pas spécialement engagée dans une pratique sociale, mais pour qui, dans une perspective d'humanisation des pratiques soignantes, il est nécessaire de prendre en charge la personne de manière globale : *« J'ai fait l'école du CPA mais ce n'était pas du tout pour rentrer en psychiatrie. Moi la psychiatrie c'est quelque chose qui me terrifiait par ce qu'on pouvait entendre à l'extérieur. Je crois que beaucoup de personnes en sont restées à l'asile et pensent encore que les patients sont des personnes dangereuses. Parce que quand on parle aux informations de la psychiatrie c'est que quelqu'un a tué une infirmière. Donc ce n'est pas ce qui donne le plus envie de venir en psychiatrie. Donc moi, c'est au cours de mes stages, en discutant beaucoup avec les équipes, quand j'ai eu mon diplôme j'ai eu envie d'avoir un contact avec les gens. C'est le pourquoi de ma formation d'infirmière. Et je trouvais qu'à Fleyriat, peut-être par manque de temps aussi et des investissements de chacun, je n'avais pas envie de faire une piqûre au patient de la chambre 314 côté porte. J'avais envie de mettre de l'humanité dans ce que je faisais et prendre le patient dans sa globalité. Quand j'ai fait des stages à Fleyriat, je n'ai pas retrouvé ça. En psychiatrie, le patient a plus une identité. On prend en charge le corps et l'esprit. Souvent on dit qu'ils ne font qu'un. Et j'ai trouvé plus d'épanouissement dans cette orientation-là. Peut être parce qu'on court moins aussi parce qu'on a moins de prises de sang, de perfusions à faire. C'est vrai qu'à Fleyriat de telle heure à telle heure c'est l'heure de la perfusion, après c'est l'heure du pansement... En psychiatrie, on ne travaille pas vraiment comme ça. On fait les prises de sang le matin et puis après c'est nous qui nous organisons en fonction de la charge de travail, des patients, des réunions cliniques qu'il peut y avoir avec les médecins. C'est plus souple et on soigne les gens. On*

prend le temps de lire les dossiers, on a des réunions avec les médecins, avec des partenaires sociaux, avec une psychologue, avec le généraliste. Le patient est pris en charge dans sa globalité. »

Les interventions visant à autonomiser les personnes : discours du « bougez-vous » et « lieux intermédiaires »

Moniteur de ski exerçant en libéral, Mr NOMAD chef de service du 115, a tout d'abord débuté par une carrière de sportif. Puis, assez rapidement, suite à un grave accident qui l'empêche de poursuivre cette activité, il s'engage en 1987 dans une formation de moniteur éducateur puis d'éducateur spécialisé en 1993. Après sept années passées dans la « prévention spécialisée », il devient, en 2000, chef de service d'un dispositif de médiation nocturne appelé « Correspondants du soir », dans les quartiers difficiles de Bourg-en-Bresse. Une des particularités de ce dispositif est que ces « Correspondants », recrutés directement dans ces mêmes quartiers difficiles, ne sont pas diplômés du travail social. Formés sur le tas, ces « emplois jeunes » sont employés comme médiateurs sociaux et « déambulent » principalement le soir et la nuit. *« Le principe de base était que si on voulait que cela aille mieux socialement c'était pas forcément la peine de passer par la sécurisation et la répression mais bien plus par une présence physique, dans une dimension et dans un contexte précis avec une volonté de médiation sociale. [...] Donc, concrètement, ils tournaient sous équipes de trois personnes, en permanence en trio, sur l'ensemble du secteur. Ce que j'appelais moi, un petit peu, la déambulation, ils déambulaient dans l'espace public. Ils n'étaient pas dans l'agir. Le travail qui était fait c'était un travail de présence dans un premier temps. Donc il s'agissait un peu de prendre la mesure de la réalité du terrain et des espaces occupés, comment s'articulaient les espaces entre eux. De se donner déjà une première observation de ça, d'en faire un premier retour. Et en fonction de ça de trouver un sens dans les déambulations, de donner un sens à la déambulation en ayant repéré un peu les endroits où il y avait des problématiques, par exemple de nuisance nocturne, de façon à se trouver dans ce temps-là, au moment où on allait constater les nuisances nocturnes ou en tout cas au moment où les gens s'en plaignaient et d'être dans une fonction de veille technique. On s'appuyait sur la notion de bâti, d'immeuble pour faire passer l'équipe et en même temps que cette équipe faisait sa veille technique pour voir si tout allait bien, si les ordures avaient été effectivement débarrassées, si les caves, les encombrants avaient été enlevés, si les caves*

étaient fermées ou pas, on s'appuyait sur la veille technique pour pouvoir se mettre en lien avec des populations qui pourraient être errantes la nuit. » (Mr NOMAD).

En cherchant à se démarquer de la prévention spécialisée qui intervient selon Mr NOMAD sur des publics (trop) spécifiques en termes d'âge et de problématiques, ces correspondants du soir avaient pour mission de se tenir à l'écoute d'un large éventail de problèmes (« *conflits de voisinage, conflits générationnels, problèmes de couple ou avec les enfants* ») et de publics (« *jeune, vieux, femme, homme, communauté* »). Ainsi émergeait chez Mr NOMAD une réflexion sur une certaine pratique de « *déambulement généraliste* », réflexion qu'il tenta d'approfondir à travers la réalisation d'un DESS¹ de sociologie appliquée au développement local. Malheureusement fin 2004, le service des correspondants du soir fermait ses portes et le DESS qui reposait essentiellement sur ce terrain d'étude fut arrêté.

Dès l'année 2000, Mr NOMAD s'inscrit au Réseau Santé Mentale Précarité de Bourg-en-Bresse suite à une demande formulée auprès de Mr HUNTER qui avait été son professeur lors de ses études de moniteur éducateur. La demande de Mr NOMAD était liée au fait que les Correspondants rencontraient des personnes qui avaient des « *problématiques psychiques voire psychiatriques* » et qu'il ne souhaitait pas que les Correspondants restent isolés avec ces problématiques (addictions, toxicomanies, troubles du comportement). Pour Mr NOMAD, la participation au RSMP a entraîné des repositionnements importants sur la pratique des Correspondants. « *Je me rappelle une situation où il y avait un besoin de ne pas atteindre la personne dans son enveloppe, dans son intégrité. Lorsqu'on est trois face à une personne qui ne va pas très bien, et qu'on se trouve dans son espace privé, son domicile, il faut faire attention à la position que l'on prend. Pour essayer d'apaiser la personne, les correspondants se sont approchés d'elle mais à trois ils ont très vite senti qu'il ne fallait plus qu'ils approchent. La personne s'est sentie enserrée. Donc on a retravaillé cette question-là au réseau pour arriver à s'interroger sur comment quelqu'un qui peut paraître complètement déstructuré à un agir qui a quand même du sens pour elle ? Il nous fallait prendre en compte son agir sinon on déshumanise et on va dire de toute façon il est barge. Alors que là, on va dire que ce qu'il trimbale avec lui aujourd'hui fait qu'il n'est pas dans son état normal mais que cet état anormal, d'agression, répond aussi à une forme d'expression. Ce que je veux dire c'est que la complexité du schéma d'un sujet, bien malin celui qui la comprend totalement. Travailler avec la santé mentale nous permet d'apporter de prendre conscience de cela. On peut rencontrer dans l'espace public des gens qui vont mal. Tout ce qu'ils peuvent mettre en*

¹ DESS : Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées.

acte est à comprendre autrement que de dire de toute façon c'est un barge, il n'y a rien à faire. Ca s'apprend ça. [...] Pour les personnes qui sont en rupture de traitement par exemple et qui errent dans les structures sociales parce que l'hôpital psy ne peut plus les accueillir, il faut qu'il y ait une dynamique qui s'installe chez les travailleurs sociaux, pour donner l'envie au sujet concerné de retourner vers la santé mentale, pour se remettre en adéquation avec son traitement de stabilisation, et de continuer cet état d'avancement du retour de la personne relevant de la santé mentale dans l'espace public. Sans qu'on soit en face de quelqu'un qu'on identifie comme étant un forcené, que le regard collectif, ou la conscience collective, le dénonce comme étant forcené, donc dangereux.» (Mr NOMAD).

Les moyens d'un tel idéal de reconnaissance de l'agir créateur des individus en situation de précarité (« *prendre en compte son agir* ») se situent pour Mr NOMAD dans un équilibre sans cesse à construire entre une autorité à visée éducative¹ et une écoute empathique. Cet équilibre, le chef de service du 115 dit l'avoir trouvé à travers le poste qu'il occupe au sein de l'ADSEA depuis 2005 comme responsable de l'équipe pluridisciplinaire qu'il a mis en place au sein du CHRS « La parenthèse ». « *Hier soir j'étais avec quelqu'un, j'étais à la limite de déclencher une hospitalisation par un tiers, je ne lui ai pas laissé le choix, je suis resté à distance, je lui ai serré la main pour lui dire bonjour, je ne suis pas rentré dans le périmètre où il était, parce que je le voyais suffisamment agité pour pas rentrer dans ce périmètre, ce n'était pas la peine d'en remettre une couche, par contre je lui ai signifié qu'on était dans un froid réel, et il me disait foutez moi la paix, alors je lui disais oui, j'entends bien mais pour que je vous foute la paix, il faut que vous me foutiez la paix aussi. Et donc la demande que je vous formule aujourd'hui, c'est qu'il fait – 10°C, vous êtes alcoolisé, et moi en tant que responsable, je ne peux pas vous laisser dehors, auquel cas si je dois partir sans vous avoir accompagné dans votre chambre parce que vous avez une chambre qui vous attend à un endroit précis, c'est une chambre que vous connaissez, vous savez très bien où elle se trouve, je ferais ce qu'il sera de mon devoir, j'appellerai les secours. Voilà, c'est ce travail-là aussi. L'autorité a aussi un sens là.* » Pour Mr NOMAD, il semble qu'exercer son autorité sur une personne permet de lui faire prendre conscience de ses responsabilités. Le travail de proximité est alors tout entier au service de l'activation des individus. « *Au 115 on s'interroge : est-ce que c'est la mise à l'abri qui compte ou ce travail fastidieux de proximité et de contact*

¹ L'autorité à visée éducative de Mr NOMAD trouve également des supports d'expression à l'extérieur de son travail. Il s'investit en effet dans une structure qui s'occupe de récupérer des vêtements pour les emmener ensuite en Mauritanie avec des amis. Il précise qu'il veille à la juste répartition des vêtements dans la communauté en étant à l'écoute « *des petits trafics qui s'y passe* ».

quotidien jusqu'à un moment donné la personne se dise qu'effectivement je suis vraiment fatiguée d'être dans ce truc-là et j'ai envie d'en sortir. [...] Nous avons refusé, notamment au début un certain nombre de choses qui existaient auparavant, notamment les appels groupés. J'ai dit aux écoutants, c'est hors de question. Quand une personne appelle c'est pour elle, ce n'est pas pour une autre personne. C'est pour ça que j'ai dit dans la presse qu'on est dans une logique de centrale de réservation d'hôtel. Il y a une personne qui appelait pour 7. Elle connaissait bien l'histoire, et qui naviguait entre le Far, Tremplin, les hôtels, ils faisaient leur mayonnaise et restaient dans une forme de clientélisme : c'est insupportable. Au même titre, on doit aider la personne en lui disant attendez, ça fait deux fois que vous nous appelez en deux jours, vous voulez faire ça tout l'hiver ou vous pensez peut-être faire ça autrement. Moi, je veux bien qu'on défende les pauvres, moi j'en fais partie des gens qui défendent leurs intérêts mais je pense que la meilleure des choses, c'est de ne pas les appauvrir encore un peu plus ou d'entretenir l'appauvrissement. » (Mr NOMAD).

Cette vision de l'intervention responsabilisante, nous la retrouvons chez Mme ODIAUX, qui selon Mr NOMAD, est l'écoutante la plus « active » de l'équipe à tel point qu'elle en est devenue la « coordinatrice » : « *Donc nous, on leur trouve un hébergement parfois pendant trois jours, qui aboutissent parfois sur six mois, mais eux de leur côté, il faut qu'ils fassent des démarches pour essayer de se trouver un logement. Ils pensent tous que quand on leur dit qu'ils vont aller dans un foyer c'est acquis. Non, pas du tout. Il va falloir qu'ils mettent les bouchées doubles pour trouver un logement. Déjà, il faut qu'ils sachent s'il y a de la place. Donc il faut qu'ils fassent tous les foyers. Ensuite, il faut qu'ils remplissent les dossiers, et le temps que la réponse arrive, il y en a pour 15 jours à 3 semaines, donc il ne faut pas qu'ils s'endorment. A certains, je leur dis voilà la réalité « Vous pouvez vous retrouver du jour au lendemain à la rue. Ça fait six mois que vous êtes au chaud, en six mois qu'est ce que vous avez fait ? » (Mme ODIAUX, écoutante du 115).*

« 115 de l'Ain bonjour. Oui dites-moi. Alors Mr X, il est bien arrivé hier à Bourg, il n'a absolument pas dit à Tremplin qu'il arrivait par le 115 et il s'est fait prendre en passager. Sinon, il est bien arrivé sur place. En passager, il a droit à 3 jours et ensuite, il faudra qu'il repasse par le 115 pour avoir un nouvel hébergement. Là pendant ces 3 jours, il n'a plus besoin d'appeler le 115. Oui, non, ben il aura la même chose après, oui. Sachant qu'il y a énormément de gens qui arrivent et on ne sait pas combien de places Tremplin va pouvoir garder. Rien n'est acquis. Le peu de temps qu'il est sur Bourg, il faut qu'il mette ça à profit pour essayer de trouver une solution. Il faut qu'il fasse tout de suite des demandes d'hébergement, il ne faut pas qu'il s'endorme. Les places sont très très très chères. Voilà, il n'est pas là pour s'endormir, il va falloir que du matin au soir, il se bouge. Faut vraiment qu'il se bouge. Mais là pendant 3 jours, il est en passager, donc il a un hébergement. Voilà, merci, au revoir. »

**Extraits d'observation. Appel téléphonique entre
une assistante sociale et Mme ODIAUX, écoutante au 115.**

Le discours du « bougez-vous » que nous observons ici vise à rendre les personnes en situation de précarité responsables de leur vie et du moindre événement qui les émaille. La difficulté pour l'écouterne réside dans le fait de faire tenir cette injonction normative dans un contexte d'incertitude chronique, de faire de cette norme un projet, ici de logement.

Nous retrouvons ce type de discours, sous une autre forme, chez Mr DUCHEMIN pour qui les patients doivent devenir « acteurs de leur prise en charge ».

« Pour les patients névrotiques et borderline, la prise en charge première se fera la plupart du temps par une équipe de secteur dans un cadre hospitalier ou extra hospitalier spécialisé. Ce n'est qu'une fois la période aiguë stabilisée que ces patients peuvent bénéficier d'un séjour de soins spécialisés à HELIOS. Les indications de prise en charge seront donc des troubles évolutifs complexes polymorphes durables qui affectent l'insertion socioprofessionnelle, la stabilité affective, les aspects relationnels. C'est donc une prise en charge globale de la personne avec comme objectif un projet de vie réaliste et adapté, que le patient peut prendre à son compte et "faire sien". Il devient acteur et partie prenante dans le soin.

Le soin psychothérapeutique vise :

- * à la structuration,
- * à la dynamisation,
- * à la reprise de confiance en soi,
- * à la revalorisation de sa propre image,
- * au développement de capacités propres,
- * à l'émergence de nouvelles compétences. »

Projet d'établissement 2002-2006 du centre « Hélios », p. 32.

Afin d'arriver à tenir ces objectifs d'action par le soin, les moyens utilisés sont :

- « des entretiens à visée psychothérapeutique réguliers permettant de prendre conscience des troubles des comportements et des habitudes.
- l'analyse avec le patient de ses expériences vécues au quotidien que ce soit au sein du cadre institutionnel ou à travers les différents supports proposés au sein des activités thérapeutiques ».

Projet d'établissement 2002-2006 du centre « Hélios », p. 32.

La prise en charge du patient au centre « Hélios » repose sur une conception progressive de l'autonomie où celle-ci se développerait « *au rythme de la personne dans des espace-temps intermédiaires* » (Mr DUCHEMIN) :

« Un travail de lien entre les "fonctionnements" pathologiques de ces patients, les éléments de leur "histoire", les troubles des apprentissages relationnels et comportementaux permettent une évolution positive. Cette amélioration nécessite fréquemment des entretiens et rencontres avec les familles et entourage. Le but en est une meilleure compréhension des dysfonctionnements, et d'amener, si possible, des

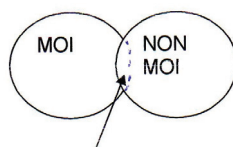
aménagements plus satisfaisants. Cette prise en charge institutionnelle se fait au sein d'un travail en équipe avec concertation, analyse régulière des prises en charge des divers intervenants et de l'évolution du patient. La présence des infirmier(e)s à ces entretiens permet le lien, la continuité, la reprise avec les patients des éléments développés, et la préparation des entretiens suivants.

[...] Il existe une évolution dans les supports d'activités proposés. La première phase est surtout basée sur des ateliers physiques sportifs pour évoluer vers une deuxième phase de travail psychocorporel et d'ateliers de créativité, puis enfin une troisième phase à prédominance d'actes à l'extérieur, mise en situation et préparation au projet de sortie. »

Projet d'établissement 2002-2006 du centre « Hélios », p. 33.

« APPLICATIONS DE LA PROGRESSION THERAPEUTIQUE A LA PATHOLOGIE BORDER-LINE

Une formation interdisciplinaire a permis de redéfinir collectivement les particularités de cette pathologie et les fondements de chaque prise en charge



RELATION DE DEPENDANCE ANACLICTIQUE

Dans une telle structure psychique, le MOI entretient avec le NON-MOI une relation de type dépendance anaclitique. Dans la prise en charge psychocorporelle, l'objectif sera de proposer un espace thérapeutique transitionnel, basé sur l'expérience corporelle dans le cadre défini d'une relation thérapeutique de confiance réciproque, allant de l'ETAYAGE à l'AUTONOMIE.

La progression utilise 5 étapes :

- 1 - LE TRAVAIL DANS L'EAU : permet au patient de se laisser surprendre par des sensations agréables de relâchement et de plaisir. Ces sensations positives servent de palier pour un engagement dans les étapes suivantes.
- 2- LE TRAVAIL AU SOL SUR TAPIS : permet au patient de remobiliser le corps afin de fluidifier le mouvement et laisser émerger le plaisir et la mesure dans le geste lent, rapide et contrôlé. Le mouvement à plusieurs permet une ébauche relationnelle nouvelle. L'autre est vécu comme PARTENAIRE et non plus ADVERSAIRE ou SOUTIEN.
- 3- LE TRAVAIL DANS LA NATURE : permet la confrontation avec le réel de l'environnement, ses limites, ses risques et l'adaptation de son propre comportement à cette réalité : travail sur la relation au risque, découverte de "l'EFFORT-VICTOIRE" et non plus "l'EFFORT- VICTIME", résolution de problèmes et adaptation aux situations imprévues, découverte des plaisirs simples offerts par la nature.
- 4- LE GROUPE DE CONSCIENCE CORPORELLE : permet de (1) conscientiser la relation à son vécu, corporel propre, et l'interrelation entre ce vécu, l'émotion, la pensée, le comportement, (2) comprendre et gérer les tensions inscrites dans le corps, (3) apprendre à poser des mots sur l'expérience vécue, (4) apprendre à communiquer simplement ce vécu aux autres, et à respecter la parole de l'autre, (5) à construire des relations de partenariat faites de juste distance.
- 5- LA RANDONNE THERAPEUTIQUE = situation intense, mais réaliste de mise en scène des acquis du séjour. Elle permet : (1) de développer la conscience et l'estime de soi, (2) de s'appuyer sur ces acquis pour se projeter dans l'avenir, (3) de développer la conscience de ce qu'il reste encore à travailler pour s'intégrer dans une dynamique de REUSSITE. »

Description de la progression thérapeutique pour la pathologie borderline.

Source : Projet d'établissement 2002-2006 du centre « Hélios », p. 70.

« Il y a beaucoup de patients état-limites qui à la suite de ces temps-là sortent vers l'extérieur. Ce qui a été appris ici, les changements, les modifications étaient concrètement mis en application dans un lieu intermédiaire, de lieux qui se suivent les uns derrière les autres, pour après aller sur l'extérieur. » (Dr DUCHEMIN). Cette thématique de progression

vers l'autonomie comporte des étapes, on ne devient pas acteur de sa problématique en un seul temps, il faut passer par tout un ensemble de lieux intermédiaires. L'autonomie est ici conçue à la fois comme un chemin à parcourir et un but à atteindre ; la personne autonome étant celle qui est (enfin) parvenue à se prendre elle-même et activement en charge.

Les interventions visant à « trier » les personnes

Selon le Dr ENCLIN, le CAP serait aujourd'hui pris dans une double problématique liée à la fois à l'insuffisance d'hébergement disponible pendant et après la prise en charge hospitalière (en lien avec les politiques de réduction de nombre de lits) et à l'insuffisance de la réponse sociale qu'il peut apporter (en lien avec l'absence de poste d'assistante sociale rattaché au CAP). Beaucoup de personnes en situation de précarité espèrent trouver au CPA un moyen de se loger temporairement, tel cet homme qui fait le tour de France des hôpitaux psychiatriques, nous raconte le Dr ENCLIN. D'après lui, ces patients ne sont pas vraiment des précaires car ils ne souffrent pas forcément. Cependant, selon la cadre infirmière supérieure, le CAP reçoit tout de même environ 2 à 3% de personnes en situation de précarité sur le total de la file active. La difficulté pour les équipes infirmière et médicale consiste donc à faire la part des choses entre les difficultés d'ordre social que peuvent vivre les personnes en situation de précarité et leur symptomatologie psychiatrique. Par exemple, certains patients feraient croire qu'ils sont délirants, qu'ils ont des hallucinations car ils perçoivent, à juste titre, que ce sont les clefs permettant l'ouverture de l'accès à l'hébergement psychiatrique. D'autres s'enivrent, car *« tout le monde sait que plus personne ne peut rester longtemps saoul dans la rue sans se faire ramasser par les pompiers et prendre l'itinéraire : pompier- urgence- CAP- hébergement psychiatrie ou social. »* (Mr ENCLIN.) Le CAP, instrumentalisé, jouerait ici un rôle d'étape. *« Nous sommes en lutte contre les demandes de gîte et de couvert. Il est difficile de faire en 1h la différence entre un réel problème de santé et la problématique sociale qui n'a pas à être prise en charge par le CPA. En quelque sorte, nous sommes une gare de triage, on doit faire le tri et il est difficile de savoir si ces personnes simulent leur précarité ou pas pour obtenir un logement. »* (Dr ENCLIN.) *« La prise en charge de la précarité n'est pas la spécificité du CAP. Il s'agit pour nous de voir si c'est une souffrance psychique invalidante ou non. Il faut que nous arrivions à faire une sorte de diagnostic différentiel entre cette souffrance psychique invalidante et une simulation. Par exemple, l'hiver on travaille beaucoup plus avec les CHRS, des demandeurs d'asile arrivent mais sans souffrance psychique. Ils le font croire des fois, surtout qu'on ne comprend pas bien ce qu'ils disent,*

c'est plus dur pour nous de faire la part des choses. Ils sont parfois angoissés du fait de leur situation, il arrive qu'on les mette alors en observation une nuit mais, en général, le lendemain ils repartent, ils sont renvoyés au CHRS ou à l'hôtel. On ne peut pas les garder. » (Une infirmière du CAP.)

Au CAP, lorsque l'hébergement est accordé, il ne peut se passer plus de deux jours sans que le patient soit orienté ailleurs. Ces deux jours d'hébergement permettent cependant à un certain nombre de personnes de repartir, selon l'équipe médicale, en ayant récupéré un ancrage, qui reste précaire, mais une ébauche de lien qui les fera tenir quelque temps : *« Elles repartent avec un bout de quelque chose, c'est déjà ça. [...] La seule contrainte que nous ayons, c'est de faire quelque chose, pas forcément de réussir. »* (Dr ENCLIN.)

Le discours de l'accueil et de l'ancrage se heurte donc à celui du triage et de l'orientation : *« En extra, les personnes précaires sont bien prises en charge par les CMP alors qu'en intra il n'y a plus rien. Le CAP est donc là pour faire une sorte de filtre. En même temps, je trouve ça presque logique. Dans les hôpitaux de jour et dans les CMP, les personnes sont bien encadrées, il y a encore des aides aux courses, des activités, on s'occupe d'eux. Mais dans les unités d'intra, les patients s'emmerdent, fument et regardent les Feux de l'amour, c'est tout. Il n'y a pas assez de personnel pour tout le monde. [...] l'assistante sociale s'occupe du social, nous c'est le soin. L'hôpital est un service public, en théorie on devrait accueillir tout le monde, mais ça, c'est du passé. »* (Une infirmière du CAP). Ici, il arrive donc que la personne qui n'est pas suffisamment autonome pour accéder aux soins et passer à l'étape « soin », se retrouve alors rejetée du circuit de prise en charge :

Mme C vient au CAP pour une demande d'hospitalisation. C'est la première fois qu'elle formule une telle demande car depuis quelques mois elle souffre de dépression. Son médecin généraliste lui a prescrit de l'HALDOL ce qui surprend l'interne qui la reçoit car, selon elle, ce médicament est plutôt prescrit en cas de trouble psychotique. Mme C dit souffrir d'un mal de dent chronique depuis plus de 15 ans. Les multiples examens qu'elle a passés n'ont cependant pas permis de trouver une cause à cette douleur. Au moment où l'interne la rencontre, Mme C et son mari viennent de déménager et, d'après elle, ses maux se seraient aggravés depuis ce déménagement. Son mal de dents serait devenu tel qu'il la clouerait chez elle toute la journée sans pouvoir trouver le sommeil le soir. Aujourd'hui Mme C a une image d'elle-même effondrée, elle dit n'être bonne à rien si ce n'est pour faire des « *petites choses* » (ménage, vaisselle). Elle dit ne plus avoir rien envie de faire, avoir du mal à avancer, être tombée dans la dépression. Son mari serait dans l'incapacité de l'aider car il ne comprendrait pas la situation. Mme C est entourée par une partie de sa famille. Elle voit sa fille et sa petite fille tous les jours. Cette présence l'aide beaucoup et ce d'autant plus que sa fille comprendrait ce qu'elle vit car elle aurait vécu une dépression il y a quelques années. Mme C ne travaille pas et n'a jamais travaillé, elle a élevé ses trois enfants. Elle a environ une soixantaine d'années et vit avec très peu de ressources. Au terme de cet unique entretien, l'interne décrit cette femme comme étant apathique, sous l'emprise de l'HALDOL ce qui l'a amenée à modifier la prescription et

à lui expliquer les effets secondaires que pouvaient avoir certains médicaments. L'interne exprime toute la difficulté qu'elle a eue à tenir une posture consistant à « *poser un diagnostic suffisamment précis sans aller trop loin...* ». Il ne s'agit pas de mettre en place une première consultation de suivi mais de réaliser un diagnostic, une prescription et une orientation, « *on n'est pas là pour faire du social précise-t-elle et on me l'a suffisamment dit et répété quand je suis arrivée... diagnostic et orientation c'est tout.* »

Extrait d'observation au CAP.

Le CSMP et le CAP entretiennent une relation de proximité depuis la création du CSMP. Plusieurs cadres infirmiers de proximité du CAP ont fait partie du CSMP. Ainsi progressivement, des outils ont pu être mis en œuvre permettant au CAP d'accompagner les personnes en situation de précarité dans leur orientation vers les structures sociales¹. Ces outils ne sont cependant pas vraiment utilisés, faute de temps et pour les raisons évoquées ci-dessus. L'orientation est alors privilégiée à l'accompagnement.

Un monsieur arrive au CAP avec une petite valise. Personne n'était au courant de son arrivée. Avant qu'il ne passe la porte, tout un ensemble de questions le précède : « *d'où il vient ?* » « *qu'est-ce qu'il a celui-là encore ?* », « *il a l'air d'un psychotique ? non, d'un dépressif ?* » à peine les portes ouvertes... « *il pue l'alcool !!!* » Pendant que ce futur patient fait son entrée, un second vient de la salle d'attente et demande à sortir sans vraiment arriver à passer le pas de la porte. Une infirmière provenant elle aussi de l'intérieur passe devant nous en demandant si la « clim » des chambres est bien en route car une patiente a trop chaud... Un appel téléphonique retentit, c'est un ancien patient qui souhaite être rassuré par une des infirmières de permanence... Une autre infirmière rentre les données du patient sur un logiciel de traitement des données. Le patient à l'odeur forte est envoyé dans la salle d'attente. Son cas est discuté « *je ne vois vraiment pas pourquoi il nous l'envoie [parlant du généraliste qui a écrit le mot présenté par le patient], il ne devrait pas être ici mais au centre d'alcoologie, c'est pas en deux jours qu'on va régler son problème d'alcool, il le sait bien son généraliste...* » Le CAP apparaît comme un lieu interstitiel, entre le dedans de la psychiatrie et le dehors du social, un lieu entre deux mondes qui résistent tous deux à se laisser pénétrer du fait d'un manque de moyens, d'hébergement entre autres. Alors il s'ensuit tout un tas de recommandations concernant d'autres adressages qui auraient pu être envisagés « *pourquoi ils ne l'ont pas envoyé vers... pourquoi ils ne l'ont pas adressé vers...* ». « *La mission du CAP, me rappelle la cadre infirmière de proximité, c'est de consulter, d'orienter, éventuellement d'observer et de réorienter...* » Cette réorientation qui mobilise les soignants semblent mobiliser aussi les patients. Cette nuit, un patient a été amené par les pompiers, il voulait sauter du pont. Selon l'équipe du CAP, il ne s'agissait pas d'une réelle tentative de suicide mais d'un chantage au suicide car ce patient souhaite retourner là où il paraît qu' « *il est si agréable d'être hébergé qu'on ne veut plus en sortir* » : le service hospitalier du CPA appelé le « Château »...

Extrait du cahier de notes personnelles, juillet 2006.

Lorsqu'une nouvelle personne arrive au CAP, les infirmiers doivent effectuer un diagnostic en trois ou quatre minutes. Les thèmes qui doivent impérativement être abordés selon le

¹ Cf. par exemple la fiche de liaison du CAP placée dans les annexes du chapitre 3.

protocole infirmier d'entretien sont : « *pourquoi la personne vient-elle, quelle est sa problématique, faire une synthèse de son parcours de vie, voir si elle a un logement, voir les rapports avec sa famille (surtout si c'est un jeune)* » (Une infirmière du CAP). Un exemple de prise en charge infirmier et médical nous est donné à voir dans l'observation suivante :

Mr S, environ 40 ans, entre surexcité dans la salle d'accueil du CPA. « *Je veux être hospitalisé* » dit-il portant sous le bras une petite valise tout aussi déguenillée que le reste de ses vêtements. L'infirmière se retourne vers moi en me disant « *celui-là, il est connu comme le loup blanc et il s'agit bien de précarité ! Personne n'en veut, ça faisait longtemps qu'on ne l'avait pas vu mais il vient régulièrement pour se faire hospitaliser, enfin, c'est ce qu'il veut.* » « *J'en peux plus, dit-il, je vais pas bien du tout, je n'en peux plus, ça va vraiment pas, j'ai mal à la tête, je sais pas c'est peut-être le soleil ou autre chose, il fait chaud dehors, vous vous êtes bien ici... [regardant la clim] J'arrive de Fleyriat, c'est n'importe quoi. Je leur dis que j'ai mal à la tête et eux ils me font une radio des poumons. Vous pensez qu'il peut y avoir un lien vous ? C'est n'importe quoi, non ? Il y avait rien sur la radio de toute façon, et le pire c'est qu'ils ne m'ont même pas fait d'autres examens, ils m'ont dit de venir ici. Alors me voilà, je veux être hospitalisé, c'est sérieux, ça va pas là-dedans, je sais pas ce qui va pas mais je me suis jamais senti comme ça.* » L'infirmière, tentant de le calmer un peu lui demande de quitter son anorak rouge tout troué, en lui disant qu'il doit effectivement avoir chaud pour porter un anorak à la fin du mois de juin alors qu'il fait plus de 30°C dehors. Puis, elle lui propose de déposer ses affaires dans un coin de l'accueil pour aller patienter en salle d'attente. Tout en l'accompagnant, elle lui demande, surprise de le voir, où il était passé ces derniers mois. Mr S lui répond qu'il sort tout juste de prison où il était depuis six mois suite à une bagarre qui a mal tourné parce qu'un passant lui reprochait de s'exhiber dans la rue. « *Le pauvre, dit-il en parlant de la personne qu'il a tabassée, je ne le reconnaissais même plus. Je sais pas ce qui m'a pris, j'ai eu envie de baisser mon pantalon et hop, c'est tout ! Et l'autre il m'a crié dessus. J'ai pas supporté, je sais pas, mais je ne vais rien vous faire à vous, hein, il faut pas s'inquiéter.* » Lorsque l'infirmière revient, elle me dit « *voilà l'exemple type du pauvre type en précarité. Un vrai psychopathe mais très très con, un peu bête. La dernière fois, il est arrivé ici parce qu'il a braqué une voiture pour se faire ramener chez lui, il faut le voir pour le croire. Voilà son dossier. Il est déjà venu une trentaine de fois, on est une sorte de repère, peut-être.* » Toute l'équipe semble d'accord pour dire que cette personne est en situation de précarité. RMI ou AAH, au premier abord personne se souvient réellement de son statut mais une chose est sûre, pour tous « *voilà une personne qui veut le gîte et le couvert.* »

Une heure plus tard, Mr S vient téléphoner dans la cabine téléphonique ouverte qui se trouve juste en face du guichet d'accueil où sont les infirmières. Nous comprenons sans peine qu'il téléphone à sa mère pour lui annoncer qu'il va être hospitalisé « *car il ne se sent pas bien* ». Son discours est très angoissé, sa voix tremble légèrement il fait penser l'équipe infirmière à un jeune enfant qui parle à sa maman. Derrière le guichet les infirmières s'amuse de ce petit jeu qu'elles semblent bien connaître et disent ne pas se laisser trop prendre à la prestation de Mr S.

Une heure plus tard, j'assiste à l'entretien infirmier-médecin avec le patient. Le médecin, qui est une femme, fait le point avec le patient sur les six derniers mois et sur les médicaments qu'il prend aujourd'hui : TEGRETOL, TRANXENE, TERTIAN, NOCTRAN, DEROXAT, la liste est longue... Mr S est très agité, il parle fort avec de grands gestes. Il dit habiter environ tous les 15 jours chez ses parents, le reste du temps il se débrouille à droite à gauche... Très vite le patient demande au médecin si elle peut l'hospitaliser. Cette dernière lui répond que, comme d'habitude, cela ne servira à rien, qu'il souhaite venir à l'hôpital non pas parce ce qu'il est malade mais parce ce qu'il sort de prison et qu'il se retrouve livré à lui-même. Le cadre de la prison, malgré sa rigidité, lui offrait, selon le médecin, un étayage qu'il n'a plus aujourd'hui et qu'il ne peut aller chercher à l'hôpital, l'hôpital n'est pas fait pour ça. Le médecin commence alors tout un plaidoyer pour négocier avec Mr S d'une part qu'il prenne

son traitement et d'autre part qu'il suive les consultations du CMP dont dépend son lieu d'habitation, du moins celui de ses parents. Le patient parle alors de ses difficultés et des relations qu'il a avec ses parents qui seraient eux-mêmes malades, ce qui ne ferait qu'augmenter son angoisse, il ne peut pas rester avec eux. De plus, il pense avoir « ramassé » quelque chose en prison, et le médecin me confiera plus tard qu'« il est bien possible qu'il ait un peu trop ramassé la savonnette... tout est possible avec lui... » Le patient parle alors de sa maigreur et du fait qu'il a peut-être attrapé un virus en prison, en tout cas il n'est plus celui qu'il était. Le médecin lui répond qu'ici on soigne la tête plus qu'autre chose. Mr S continue sa plainte et nous explique qu'il n'a rien mangé en prison car ça n'était pas très bon. Le médecin lui demande en quoi il pense que l'hospitalisation lui fera du bien. Mr S parle alors « de choses horribles » qu'il aurait vues en prison, notamment un prisonnier qui se serait shooté au SUBUTEX devant lui. Après quelques minutes sur le même mode d'échange, le médecin demande à Mr S de sortir pour qu'il puisse réfléchir un peu à la situation. Le médecin, ne sachant pas très bien si Mr S simule son angoisse ou non, angoisse pouvant entraîner un passage à l'acte dangereux pour autrui, décide d'appeler le psychiatre responsable du CMP où Mr S devrait avoir l'habitude d'aller. Après quatre appels passés dans différentes structures pour savoir où se situait ce médecin, la discussion aboutit sur le fait que toutes les tentatives d'hospitalisation précédentes n'ont servi à rien et il ne conseille pas de renouveler l'expérience, « il n'y a déjà pas suffisamment de place pour accueillir les autres patients ». Suite à cet appel, le médecin explique à Mr S qu'elle ne veut pas l'hospitaliser car ça ne sert à rien puisqu'il ne va pas aux consultations du CMP lorsqu'il sort de l'hôpital. Le patient se met alors dans une rage impressionnante, à laquelle répond le médecin à peu près sur le même ton. « Je vais aller voir un autre hôpital, et puis, si personne ne veut m'aider, je vais le faire hein, je vais le faire. » Le médecin, tout en lui disant qu'elle ne succomberait pas au chantage au suicide, lui propose de « lui » prendre sa tension et de « lui » signer un papier pour qu'un taxi le ramène chez ses parents. Après avoir juré qu'il allait modifier ce papier pour que le taxi l'emmène à l'hôpital de secteur, Mr S accepte le tranquillisant que lui propose le médecin et retourne dans la salle d'attente.

Quelques minutes plus tard, le taxi arrive. Apparemment ce chauffeur connaît Mr S et il n'est pas très heureux du « colis » dit-il qu'il vient chercher. Mr S repart ainsi avec « son chauffeur de taxi habituel », précise l'infirmière, en jurant qu'il allait faire tous les hôpitaux de la région jusqu'à qu'il y en ait un qui accepte de l'héberger quelque temps.

Extrait du cahier de notes personnelles, juillet 2006.

2. Les références théoriques et cliniques mobilisées

Apprendre sur le tas

Mlle LEDOUX

Comme un certain nombre d'infirmières du Centre Psychothérapique de l'Ain, Mlle LEDOUX est jeune, fraîchement diplômée, et avoue n'avoir que peu de connaissances des problématiques traitées par les infirmiers en psychiatrie¹.

¹ Il est écrit dans le volet « projet de soins infirmiers » du Projet d'Etablissement n°2 du CPA : « l'intégration d'un nombre important de personnel ne bénéficiant pas d'une formation spécifique à la psychiatrie,

Au cours de sa formation initiale, Mlle LEDOUX n'a jamais entendu parler de la clinique psychosociale ni de la précarité comme problématique pouvant être traitée en psychiatrie. Elle y est cependant aujourd'hui sensibilisée par une infirmière, référente du CSMP, qui rapporte ce qui se dit lors des réunions plénières lorsque l'unité rencontre un cas de précarité. Cette formation « sur le tas » n'est pas spécifique à cette problématique. La formation des infirmiers en psychiatrie s'effectue aujourd'hui de plus en plus sur le mode du compagnonnage par les plus expérimentés, pratique qui viendrait, selon Mlle LEDOUX, pallier au défaut de formation initiale en psychiatrie concernant certaine problématique.

Mme ODIAUX

Ancienne boulangère-pâtissière, ancienne secrétaire de direction, Mme ODIAUX, la quarantaine, a occupé des postes très différents mais elle n'a jamais travaillé dans le social. Suite à un bilan de compétence, il ressort cependant que son « goût pour les autres » peut être développé et mis à profit d'une nouvelle formation. Après avoir pensé devenir écrivain public, elle tente plusieurs écoles de formation dans le travail social qui toutes, selon elle, lui ont fermé les portes car trop âgée et pas du tout expérimentée dans le domaine. Connaissant le directeur de la Sauvegarde de l'enfance et arrivant au moment où Mr NOMAD déployait une politique laissant leur chance à des « *personnalités non formatées par le travail social* », elle est recrutée dès le démarrage du dispositif.

L'écoutante nous confie être « *attachée* » ainsi à sept ou huit personnes dont elle nous énumère les différentes problématiques. « *Nicolas par exemple, c'est un type, à chaque fois qu'il va au CHRS ça se passe mal. Donc, il était interdit en permanence. Mais c'est les éduc qui décident ça et des fois ils lèvent l'interdiction. D'ailleurs là, ils l'ont enlevée mais ils vont sûrement la remettre. Pour d'autres personnes, les éduc me disent c'est niet de chez niet comme Stéphane et Raoul par exemple, je les connais bien aussi ceux-là. Ils sont passés par l'hôpital psychiatrique tous les deux. Ils ont encore besoin de soins. Lui, c'est un type hyper dangereux, il est normalement à l'hôpital psy de Lyon mais là il est sorti. Je sais pas trop pourquoi ni comment mais il est arrivé chez nous. Si on faisait un regroupement avec les hôpitaux psychiatriques, on se rendrait compte qu'il y en a un certain nombre qu'on a en commun. Le souci, c'est que personne ne se préoccupe de ça. C'est ce qu'on se disait depuis qu'on est là. C'est que chacun se renvoie la patate chaude, tac tac tac, moi j'en veux plus, toi tu le reprends et voilà. Et personne ne s'est vraiment penché sur le cas du type. Qu'est ce*

l'augmentation du nombre de temps partiel et le départ naturel massif de professionnel opérationnel en psychiatrie rendent difficile la transmission des savoirs spécifiques à la psychiatrie. » p. 95.

qu'il faut réellement faire pour essayer de sortir ces gens de la rue. En plus, normalement c'est pas notre boulot. Nous on est là pour orienter, on ne fait pas de suivi. Mais comme cette année, il y a eu tellement peu de places entre le Far qui était fermé, Tremplin qui a pallié au plus pressé, etc., nous on a quand même pris un rôle qui n'était pas le notre de suivi parce que même les assistantes sociales quand moi j'appelais en disant j'ai telle ou telle personne en difficulté, il faudrait faire quelque chose, elles me répondaient, attendez c'est pas mon boulot vous n'allez pas m'envoyer tous les SDF de la terre. Je lui disais que normalement nous 115, on est dans l'urgence, donc je prends en charge cette personne un jour, deux voire trois jours à la limite, mais à partir de là, il y a une autre structure qui prend le relais. Théoriquement c'est ça. Mais bon, les frères X, ça fait 6 mois que je suis là, ça fait six mois qu'ils sont là aussi. Et tous les jours, ils appellent le 115, tous les jours. Pour bien faire, il faudrait que ces personnes-là soient mises dans un foyer, et qu'on leur donne la possibilité de se poser réellement. Les frères X, c'est des polonais. Donc c'est un problème complètement différent. Il y a la loi qui a été faite concernant les pays de l'Est qui fait que si un employeur veut les prendre, il faut qu'il paye une taxe supplémentaire. Donc, il n'y a pas un employeur qui est intéressé pour payer la taxe. Donc même si il veut travailler, on l'a envoyé sur Oyonnax, il a réussi à décrocher une mission à Oyonnax et ça a duré peut-être 15 jours. Au bout des 15 jours, ils n'ont pas renouvelé. Alors pourquoi, c'est vrai que je n'ai pas appelé l'agence d'intérim, je vais peut-être le faire un jour, pour savoir le pourquoi du comment. Est-ce que c'était à cause du travail du gars ou est-ce que c'était parce qu'ils se sont aperçus qu'il y avait une loi qui ne pouvait pas... Donc du coup, ils vivent en travaillant un peu pour Tremplin mais bon c'est pas terrible quoi. Voilà, c'est un peu la même chose pour tous, ils vont, ils viennent, c'est vraiment pas terrible. » (Mme ODIAUX, écoutante du 115).

Les écoutants deviennent ainsi très rapidement le maillon incontournable du réseau sanitaire et social des personnes en situation de précarité, faisant le lien entre les différents intervenants.

« Bonjour, Charlotte du 115, alors hier j'ai mis une pression à Tremplin, parce que c'était refus sur refus en disant qu'il était hors de question qu'ils prennent ce monsieur. Je leur ai dit pourtant qu'il n'est pas alcoolisé, il faut absolument que vous le preniez, il a fait l'effort de les appeler directement. J'ai rappelé derrière pour qu'ils le prennent en passager. Et donc, ils l'ont pris en passager pour trois jours. Il a rappelé le 115 ce matin donc il a pas dû bien comprendre qu'il était en passager mais bon, ça c'est pas grave. Donc normalement pour 3 jours c'est bon. Et moi, je vais le suivre tous les jours pour savoir s'il y est bien allé. Mais hier soir, il y a dormi, moi j'ai appelé avant de partir pour savoir s'il était bien arrivé, il y était. J'avais même appelé les petites sœurs en leur disant, s'il revient vers vous, envoyez le à Tremplin. Parce que moi, Tremplin me dit non, Envol me dit non, je les avais en ligne en même temps. J'ai dit à la personne que personne ne voulait le prendre mais j'ai insisté en disant écoutez

aller voir Tremplin, dites leur que vous n'avez pas bu, faites voir que vous n'êtes pas alcoolisé, que vous pouvez rester là-bas, qu'il n'y a pas de souci. Allez les voir. Défendez votre croûte. Et entre temps, Tremplin a cédé en disant effectivement on peut le prendre en passager. Mais j'avais peur qu'il n'y aille pas, c'est pour ça que j'ai rappelé les petites sœurs. Mais c'est dur hein, un pas à la fois, c'est dur d'en faire plus... ça c'est joué à un cheveu... parce que là tout le monde l'a pris en grippe, le FAR je sais pas ce qu'ils en pensent... oui ... c'était l'alcool, c'est ça, d'accord... dès qu'il y a quelqu'un je t'appelle. D'accord, à bientôt. »

Extrait d'observation. Appel téléphonique entre Mlle CLERC (CESF à la PASS) et Mme ODIAUX (écoutante du 115).

Mme ODIAUX circule en permanence dans les réseaux sanitaires et sociaux des personnes en situation de précarité à la recherche de solutions d'hébergement. La contrepartie de son écoute réside dans l'activation des usagers, dans ce « bougez-vous » qu'elle prescrit à plusieurs reprises.

Mobiliser des références hybrides

Mlle CLERC

"Clochard : l'univers d'un groupe de sans-abri" Patrick GABORIAU, Julliard, 1993
"L'intervention sociale d'aide à la personne" Conseil Supérieur du Travail Social, Collection Politiques et interventions sociales, Editions ENSP, Rennes, 1998, 174p
"La Pauvreté" CF BARRAT, Que sais-je ?, PUF, Paris, 1998
"La pauvreté en France" Serge MILANO, Le Sycomore, Paris, 1982, 254p
"Les Exclus : un Français sur dix" René LENOIR, Edition du Seuil, 3ème édition mise à jour, Paris, 1974, 180p
"Les naufragés : avec les clochards de Paris" Patrick DECLERCK, Terre Humaine Poche, Pocket, Paris, 2001, 455p
"Les politiques sociales en France" Patrick VALTRIANI, Les fondamentaux Hachette Supérieur, Paris, 1999
"Les SDF" Julien DAMON, La Documentation Française, Problèmes politiques et sociaux, n° 770, 1996, 78p
"Santé, précarité et exclusion" Emilio LA ROSA, Le sociologue, PUF, Paris, 1998, 222p
"SDF Sans Domicile Fixe" Antoine SILBER et Rahmatou KEITA, Edition JC Lattès, Paris, 1993, 191p
"Travail social et souffrance psychique" Jacques ION et al., DUNOD, Paris, 2005, 208p
"Vagabondage et mendicité" Julien DAMON, Dominos Flammarion, Paris, 1998, 122p

Bibliographie du mémoire de fin d'études de Mlle CLERC.

La pluralité des références théoriques mobilisées par Mlle CLERC pour réaliser son mémoire de fin d'études reflète, d'une part, une certaine volonté d'ouverture sur l'ensemble des champs sociologiques, anthropologiques, psychologiques et philosophiques traitant de la question de la pauvreté, de l'exclusion et de la précarité, et, d'autre part, témoigne de la construction d'une identité professionnelle hybride. Mlle CLERC fait également référence dans l'entretien à la revue *Rhizome* dont elle possède tous les numéros en fichier numérique dans son ordinateur.

Mlle CLERC explique qu'elle doit travailler avec une nouvelle équipe « *de permanenciers téléphoniques* » du 115 qui lui semble sous-qualifiée pour effectuer une mission qui relève selon elle du travail social. Ces permanenciers effectueraient « *des fiches sur les gens, et ils peuvent me ressortir tout l'historique de la personne en me disant ah là, ça c'est mal passé donc je ne vais pas pouvoir lui accorder quelque chose.* » Toujours selon elle, « *ils n'hésitent pas à porter des jugements sur la manière dont la personne réagit.* » Alors que « *si on appelle le 115, à la base c'est qu'il y a une urgence et que voilà, il faut mettre les gens à l'abri* »¹. « *On sait très bien que ce sont des personnes qui sont fragiles, qui ne peuvent pas s'adapter en vivant une nuit à l'hôtel. C'est clair que c'est déjà bien qu'on puisse leur offrir ça, mais il leur faut plus que ça. Et donc forcément des fois il y a des clashes. On met la personne à l'hôtel et ça se passe mal, parce qu'ils sont sales, parce qu'ils sont violents, ils peuvent être agressifs parce qu'ils sont en colère contre la société, et on représente un peu tout ça. C'est toujours un peu difficile à démêler si c'est la cause, la conséquence. Et griller la personne en disant qu'on ne la prend plus en charge, c'est parce que la dernière fois ça c'est mal passé... merde, si à chaque fois qu'il y avait un échec avec une personne, je disais que je ne veux plus m'en occuper il n'y aurait plus grand monde devant ma porte. C'est aussi prendre en compte qu'on avait cette solution-là parce qu'il fallait le mettre à l'abri, que c'était mieux que dehors mais que aussi ça peut ne pas convenir à la personne. [...] Il y a des problèmes de fond, on sait très bien que les personnes sans domicile fixe, il y a un problème de fond, donc si on n'a pas les moyens de les régler, et qu'on nous donne pas les moyens de mettre la personne à l'abri un peu plus que trois jours, c'est clair qu'on reste dans le même schéma. Et simplement, l'alcool, la dépendance, et c'est très dur de les faire remonter. C'est pour ça que le FAR, le fait que ça soit des travailleurs sociaux, 24/24h qui puissent apporter la douche, les repas aussi, les voir, parce que c'est ce qui manque aussi au 115 actuellement, ce n'est*

¹ Ce qui nous intéresse ici ce n'est pas tant la relation entre les deux structures, mais ce que dit Mlle CLERC en lien avec cette relation : pour elle donc, il faut mettre les gens à l'abri, et c'est ce qui constitue l'enjeu de son travail de négociation avec le 115.

qu'une permanence téléphonique, ils ne voient pas la personne. Donc comment on peut faire du travail social sans voir la personne ? Moi ça m'interpelle. » (Mlle CLERC).

Mr DUCHEMIN

Selon le docteur DUCHEMIN, toute psychothérapie doit s'appuyer sur des références éclectiques et intégratives permettant de favoriser la rencontre avec le patient. Il fait référence à la proposition de Sophie BARTHELEMY concernant un « *métissage théorique et méthodologique dans la recherche en psychologie* »¹ : « *Moi, je ne suis pas d'une école particulière. Non, j'ai envie de dire pour me définir, je suis éclectique. J'ouvre ma boîte à outils et je fais avec un tas de trucs qui va du cognitivo-comportementalisme à comme je le sens, à l'intuitif, en passant par des idées un peu plus analytiques. Je me revendique d'aucune école. Pour vous donner un exemple, tout simple, c'est un patient qui a comme je dis, une structure état limite avec des problèmes de prises de toxiques. Il utilise des traitements substitutifs comme toxiques et il me dit qu'il en a plein chez lui, des comprimés de SUBUTEX. Et donc il allait en permission tous les week-ends. Ici, il en prend pas mais chez lui il continuait à en prendre quand il rencontrait des situations un peu difficiles à prendre en charge. Et on n'arrivait pas à lui faire dépasser ce stade-là et qu'il puisse se rendre compte que dans son week-end, il puisse faire tout ce qu'il avait prévu de faire en un week-end sans prendre de produit. Donc ça m'est venu à l'idée de lui dire prenez vos comprimés de SUBUTEX, vous les enfermez dans une première boîte, vous la mettez dans une deuxième boîte, et celle-là dans une troisième et le tout dans un placard que vous fermez à clef et la clef dans une autre pièce. Et bien le week-end dernier, il a eu envie de prendre du SUBUTEX, mais face à toutes les étapes qu'il avait à franchir, il n'a pas pris le SUBUTEX. Je ne sais pas si c'est cognitivo-comportementaliste, si c'est intuitif, si c'est ... mais n'empêche que ça a fonctionné. Ca lui a permis d'aller rencontrer sa famille, ce qui était pour lui quelque chose de difficile, sans prendre de comprimés et il s'est rendu compte que ça ne c'est pas trop mal passé. Ca c'est des mises en situation. C'est mettre en situation et se rendre compte que c'est possible. On peut faire évoluer ces fonctionnements, ces manières de faire, sans que ça mette le patient en danger. [...] cette idée est venue à ce moment-là. On avait fait avant tout un travail d'inspiration analytique avec des liens avec son histoire personnelle, familiale, etc.,*

¹ BARTHELEMY S., GIMENEZ G., PEDINIELLI J.L. *Proposition d'un métissage théorique et Méthodologique dans la recherche en psychologie*, Communication orale Congrès National de la Société Française de Psychologie, Septembre 2005, Nancy, France.

des troubles précoces. Donc, oui, il y a cet aspect-là et il y avait aussi cet aspect-là. Comme j'utilise aussi d'ailleurs des traitements médicamenteux. Comme je fais aussi du somatique, puisque je suis médecin dans la mesure de mes compétences, je fais ça aussi. [...] Moi, j'ai toujours défendu ici le fait que quand on prenait en charge un patient, on le prenait en charge globalement. Parfois on arrive à dire qu'on ne peut pas donc on ne peut pas mais l'aspect social, on est obligé de le prendre en charge. On ne peut pas dire, nous on fait de la psychiatrie point, ça c'est pas de la psychiatrie c'est du social, non. Je revendique le fait qu'on prenne en charge les patients ici de façon globale, comme on prend en charge le psychique, le somatique, le social. Parce que le social réagit ou agit forcément sur le psychisme. Et on est obligé de prendre en compte ce que la société est, pour prendre en compte ce que sont les pathologies aussi. Je crois en particulier que les pathologies sur les états limites, j'ai lu deux trois trucs, il y a quand même quelque chose d'intéressant à comprendre de ce côté-là. On a une société qui, à mon sens, favorise actuellement l'éclosion de pathologies qui sont comme ça dans le registre état-limite. Dans l'immédiateté, confondre désir, besoin et ne plus avoir la notion du temps qui s'estompe. [...] Je participe à toutes les activités de l'établissement, même les randonnées ou les sorties en raquette par exemple. C'est montrer que quelque part le médecin, c'est aussi un être humain. C'est pas quelqu'un enfermé derrière son bureau. Et je crois qu'avec les états-limites en particulier, même si c'est difficile parce que ça nous fait vivre des choses particulières personnellement, dans cette proximité, dans cette confrontation des bulles de chacun, et moi à mon avis, le soin, il se fait là, dans cet espace de rencontre entre nos bulles respectives. Comme je dis aux étudiantes à l'école d'infirmières, avec les états limites, il faut accepter quelque part de se faire un petit peu bouffer. Il faut rentrer un peu dans leur monde, parce que si on n'y entre pas, on ne les atteint pas. Le problème c'est de ne pas se faire complètement happer quoi. [...] c'est un peu comme la psychothérapie institutionnelle d'autrefois, ça nécessite de s'investir. On est obligé d'y aller un peu quoi. » (Dr DUCHEMIN).

L'équipe du CAP

Nous avons abordé l'étude des références théoriques de l'équipe du CAP à travers un questionnaire sur les représentations de la précarité que pouvait avoir l'ensemble du personnel. Les résultats de cette investigation se trouvent dans le tableau ci-dessous :

Médecins	<p>Les migrants posent le problème de leur accueil à cause des problèmes de langue (utilisent les interprètes de SOS Migrants à Lyon).</p> <p>Actuellement, problème lié à la problématique d'expulsion des migrants.</p> <p>Problème des grands précaires qui sont plus migrants l'été car moins ancrés dans un logement.</p> <p>La précarité, ce n'est pas une catégorie psychiatrique.</p> <p>Problème lié à la non demande.</p> <p>Souvent ce sont des personnes à problèmes d'ophtalmologie et de dentiste.</p>
Cadre Infirmière de Proximité	<p>Isolement familial, toxicomane, personnes qui ne sont pas dans les bonnes « cases », qui n'ont pas de statut social, pas de travail, etc....</p>
Infirmières	<p>Divorce, conjugopathie(+++)</p> <p>Séparation entre les parents et l'enfant</p> <p>Fait référence à pyramide de Maslow en disant que la précarité augmente au fur et à mesure qu'on arrive au sommet de la pyramide.</p> <p>Demandeur d'asile.</p> <p>Ce n'est pas en lien avec l'AAH ou le RMI car certains vivent très bien avec ces allocations</p>
Agent administratif	<p>Quelqu'un qui n'est pas assuré, qui n'a pas de couverture sociale.</p>
Interne psychiatre	<p>Conjugopathie, situation affective douloureuse, perte de statut, perte de travail, certaine personnalité qui n'ont pas d'assurance, qui ne croit pas en l'avenir, ne se projette pas, jeunes intérimaires qui vivent dans leur voiture ou en camping, personnes qui ont du mal à trouver un loyer qui correspond à leurs moyens, personnalité addictive, ce n'est pas un syndrome dépressif classique, lorsqu'il y a demande c'est de l'urgence comme s'il fallait répondre à l'injonction de la société qui dit qu'aujourd'hui il faut parler de soi.</p>
Cadre Infirmière Supérieure	<p>Personne sans couverture sociale, sans lien, en rupture, à la rue, marginalisée, ce n'est pas forcément quelqu'un qui souffre (même idée que l'interne)</p> <p>Ado qui ont été mis à la porte de chez eux (en lien avec toxicomanie, alcoolisme).</p> <p>Psychotiques qui se referment sur eux-mêmes.</p> <p>Personne en souffrance affective.</p> <p>Se caractérise par un vécu de rupture.</p>

Tableau 4 : Représentations de la précarité chez les différents professionnels du CAP.

Comme le montrent ces différentes représentations concernant la problématique des personnes en situation de précarité, il n'y a pas forcément au CAP de culture psychiatrique commune. Chacun dit, de plus, se situer en fonction de son expérience et à partir des revues qu'il peut trouver ici ou là dans le service, notamment sur l'étagère qui se situe derrière le guichet d'accueil et qui réunit tout un ensemble de ressources bibliographiques¹. Certains comme les cadres infirmiers, l'interne et le médecin ont été sensibilisés à la clinique de la précarité.

Selon la cadre infirmière supérieure du CAP, qui est une amie de longue date de Mr TABARY et ancienne référente fondatrice du CSMP (elle faisait partie du GSMP), pour travailler avec les personnes en situation précaire, « *il faut être humain et avoir des tripes* ». Selon elle, la clinique psychosociale constitue une ressource qui permet de mieux

¹ Cf. annexes du chapitre 3 - Documents de référence du Centre d'Accueil Permanent du CPA.

comprendre, de clarifier cette problématique mais le CAP se situerait trop dans l'urgence, et ne prendrait pas suffisamment le temps de travailler cette question. Certains professionnels du CAP, sous prétexte d'un accompagnement de la précarité et en réponse à la non-demande seraient plus dans une posture d'ingérence que de soin, comme s'il fallait faire absolument quelque chose dans le peu de temps imparti. Toujours selon cette cadre infirmière, cet agir à tout prix rejoint l'idée de ce que les soignants appelleraient aujourd'hui « *l'approche globale de la personne* » qui relèverait de la toute puissance du soignant : « *Il faut en réalité, tenir compte du contexte dans lequel s'inscrit la pathologie. Il ne s'agit pas de coller des étiquettes, il y a un temps pour ça certes, mais il est important de sentir ce moment-là et pas de s'y précipiter trop rapidement. Il ne s'agit pas de précariser les gens, ni de les victimiser, ni de les psychiatriser. Mais ça, on n'en a pas forcément conscience ici.* » (Une cadre infirmière supérieure du CAP).

Désactiver les références

Mr NOMAD

Il n'existe pas spécifiquement de références théoriques et cliniques au 115 dans la mesure où le décloisonnement (des disciplines, des professions, des références théoriques) constitue une valeur importante pour Mr NOMAD : « *Ce qui est intéressant, c'est qu'une formation ça forme et ça déforme aussi. Et ce que j'aimerais, c'est que ce lieu de vie soit habité [en parlant du futur projet d'établissement du CHRS La Parenthèse] par des gens qui ne soient pas uniquement diplômés travailleurs sociaux, se régaland de leur identité de travailleurs sociaux. Parce que la tendance est grande actuellement d'avoir des travailleurs sociaux qui sortent des écoles, qui n'ont pas éprouvé grand-chose de la vie, qui ont pas tellement baroudé, qui ont fait un bac + 4, avec loyer et une formation payée souvent par les parents. Et très vite, ça peut apporter une relation hémiplegique dans le rapport à l'autre. Et très vite, ça devient délicat parce que donneurs de leçons, le moi-je prend le dessus, moi je sais tout, etc. Non, ce n'est pas parce qu'on a un diplôme d'éduc spé ou d'AS qu'on sait mieux que quiconque gérer les gens qui sont complètement fracassés. On a quelques outils supplémentaires mais ça ne veut pas dire qu'on soit d'une efficacité miraculeuse non plus. [...] Si quelqu'un fait de sa spécialisation une norme, ça devient très dangereux.* » (Mr NOMAD, chef de service du 115).

III. Les récits des interventions cliniques concernant Emilio : le chemin d'épreuves des intervenants

1. Le vagabondage institutionnel : une mise à l'épreuve de l'accès aux soins

Emilio arrive pour la première fois à l'accueil des urgences de l'hôpital « Fleyriat » en novembre 2004 avec une problématique entremêlée d'errance (il est cependant en recherche d'habitat) et d'alcoolisme sévère. Toujours « *demandeur de pouvoir passer une nuit au chaud* » (Mlle CLERC), il utilise parfois les lits que propose le service des urgences pour se reposer une nuit. Sinon, il vit dans la rue et parfois, l'hiver surtout, au CHRS « Tremplin », et cela depuis une quinzaine d'années. Ces séjours sont toujours teintés de violences car « *il ne supporte ni la solitude ni la vie en communauté* » précise Mlle CLERC.

Au début de l'année 2006, Emilio recommence à boire, de plus en plus, à tel point « *qu'il donnait l'impression de prendre dix ans chaque mois qui passait* » (Mlle CLERC). Au mois d'avril, Emilio se fait exclure du CHRS « Tremplin » suite à un excès de violence. Jusque-là, Mme LABORDE (éducatrice spécialisée au CHRS « Tremplin ») était la « référente » d'Emilio, mais « *cette référence-là ne pouvait plus trop tenir* » précise t-elle, Emilio n'allant plus au CHRS. Suit une longue période de rue où Emilio vagabonde entre ces institutions, réussissant parfois à négocier un repas au CHRS, une nuit aux urgences. Il vient pratiquement tous les jours aux urgences, recueilli par les pompiers parce qu'il fait des crises d'épilepsie sur la voie publique. Entre ces différents moments d'apparition, Emilio continue de boire de plus en plus et son exclusion du CHRS ne semble rien changer à l'affaire remarque l'éducatrice. Tout le monde commence à s'inquiéter vraiment parce qu'Emilio a des propos morbides qu'il ne tenait pas auparavant. Il explique pendant des entretiens de plus en plus longs avec Mlle CLERC (2 à 3 heures parfois) qu'il veut se faire soigner à l'unique condition qu'il ait un logement. Malgré toute cette bonne volonté, Emilio se confronte à la logique des acteurs du sanitaire qui disent que pour se faire soigner (faire une cure de désintoxication par exemple) il faut avoir un logement, ou encore à celle des bailleurs du social qui disent qu'ils ne veulent plus héberger d' « *alcooliques* » avant qu'ils ne se fassent soigner.

Face à cette circularité de la problématique d'Emilio qui entre, pour les cliniciens, en phase avec les limites du système d'accès aux soins, Mlle CLERC décide de réunir les professionnels qu'elle rencontre ici et là, dans les réunions du Réseau Santé Mentale Précarité ou lors de rencontres informelles mais qui tous entourent Emilio. Une « *réunion de suivi* » est donc élaborée au mois de juin réunissant le réseau personnalisé d'Emilio. Il y a le

psychologue du Centre d'alcoologie qui le suit pour son alcoolisme, l'assistante sociale du CHRS « Tremplin » qui le suit pour son RMI, l'éducatrice spécialisée du CHRS « Tremplin » qui le suit pour son logement et le médecin des urgences. Tout le monde semble d'accord pour dire que sa situation s'aggrave : il ne prend plus son traitement pour l'épilepsie, s'alcoolise de plus en plus et recommence à avoir des comportements qui le mettent en danger tout en tenant des propos morbides. Pour les professionnels en présence, il est donc temps de mettre en place collectivement un projet de soins pour Emilio.

2. La non-demande : une mise à l'épreuve de la logique du projet

Projet d'Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

Suite à cette « *réunion de suivi* », il a été décidé de contacter l'entourage familial d'Emilio, ses trois filles âgées de 17 à 32 ans, afin de leur proposer une Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (HDT) car Emilio n'est pas en demande de soin. Ses filles « *avaient envie de l'aider sans avoir vraiment envie de l'aider, donc il y a eu négociation* » (Mlle CLERC) et finalement l'équipe est arrivée à faire hospitaliser Emilio au CPA grâce aux certificats de demande d'HDT signés par l'éducatrice du CHRS « Tremplin » et une des filles d'Emilio. Deux certificats sont nécessaires à l'HDT. Le centre d'alcoologie était prêt à en signer un mais, comme le précise Mlle CLERC, la signature de ce certificat n'est pas anodine dans la suite de la relation que prendra le patient avec le signataire. Il est donc toujours délicat pour un clinicien de signer ces certificats : « *Moi, je ne souhaitais pas le faire. Je voulais rester un petit peu en dehors de ça parce que j'arrivais à travailler avec monsieur.* » (Mlle CLERC, Conseillère en Economie Sociale et Familiale, PASS de Fleyriat.)

Emilio est alors hospitalisé dans l'unité « Epidaure » du 2 juin au 22 août 2006 où un projet de cure de désintoxication est envisagé.

Projet de cure de désintoxication

Au cours de son premier séjour au CPA, Emilio suit une « *cure de sevrage* ». Cela consiste à interrompre complètement la consommation d'alcool et de compenser les effets du manque par d'abondantes boissons (généralement de l'eau), des vitamines et des médicaments sédatifs. L'apport en liquide se situe autour de 3 litres/24 h en moyenne durant 3 à 4 jours. Le but du traitement médicamenteux est d'assurer la prévention des accidents de sevrage tels que le delirium tremens ou les crises d'épilepsie. Il s'agit également de lutter contre les réactions de

découragement et de désespoir à travers des entretiens réalisés avec les infirmières, le psychiatre, la psychologue ou l'assistante sociale. Cette cure de sevrage dure cinq jours pour Emilio et se passe aux dires de l'équipe infirmière « *sans problème* » (Mlle LEDOUX lisant le dossier infirmier d'Emilio).

Au CPA, cette cure est suivie d'une période de 5 jours où le patient ne peut pas sortir du service et ce afin d'éviter toute tentative de réalcoolisation. De même pendant cette période, les visites ne sont pas permises, empêchant par là tout risque d'apport extérieur de boisson. Ensuite, le médecin, après consultation de l'équipe soignante en réunion clinique, autorise progressivement le patient à sortir de l'unité, d'abord accompagné puis seul. Emilio a pu ainsi retourner en journée en ville et au CHRS « Tremplin », sans qu'il n'y ait eu de problème de réalcoolisation. Pendant cette période, les patients sont généralement invités à participer aux activités collectives proposées par un des différents services spécialisés de l'hôpital (terre, musique, gym, etc.), ou aux ateliers individuels organisés par les infirmières de l'unité (ateliers relaxation, collages, dessin, jeux de société, ping-pong). En ce qui concerne Emilio, rien de tout cela n'a été mis en place, « *faute d'accrochage* » selon les propos de Mlle LEDOUX : « *Pour Emilio, il n'y a rien eu parce qu'il n'y avait pas d'accroche, pas de motivation dans ce qu'on pouvait lui proposer. Et donc ça freinait beaucoup de choses. On a été plusieurs à essayer. Des collègues ont pris le relais mais rien n'y a fait. Il n'y avait jamais rien derrière. Et puis c'est aussi en fonction du médecin qu'il y a telles ou telles prises en charge... Je pense qu'il y a eu une volonté du médecin de mettre ce patient face à des réalités dont il n'avait pas conscience, notamment dans sa minimisation de sa consommation d'alcool. J'ai souvenir d'entretiens ici avec le médecin, et il disait « mais non, c'est fini, je ne bois plus j'ai compris ». Il n'y avait pas de demande de la part de Mr [Emilio], il n'y a jamais eu de demande. On a parfois des patients qui disent « je ne comprends pas pourquoi je suis ici, je ne veux pas rester, je ne suis pas malade, je vais m'en sortir tout seul ». C'était un peu son discours, « je ne suis pas alcoolique », mais il ne disait pas « je veux sortir, c'est pas ma place ». Ca se retrouve souvent dans la personnalité du patient alcoolique, le déni. Pas de sentiment de culpabilité. Pas de remise en cause de ce qu'on a pu faire. Mr Emilio était complètement là dedans. « Non non, je ne boirai plus et de toute façon je ne buvais pas beaucoup » et puis « non Tremplin je ne les ai pas usés ». Enfin il ne comprenait pas pourquoi il n'y avait plus de partenaires sociaux autour de lui qui pouvaient l'aider à porter un projet. Le déni complet de l'impuissance qu'il pouvait y avoir autour de lui par rapport aux nombreux échecs de la prise en charge qui s'étaient succédés. Et nous, au bout d'un moment, on était dans la même impuissance. »*

La cure de sevrage effectuée, Emilio apparaît comme étant assez placide, aux yeux de l'équipe infirmière, quant aux propositions faites par l'équipe soignante concernant son avenir en dehors du service. Du coup, l'équipe se sent contrainte de continuer à mettre en œuvre des projets à sa place, à commencer par un « *projet social de sortie* ».

Projet social de sortie

Au cours de son séjour dans l'unité « Epidaure », Emilio rencontre régulièrement l'assistante sociale de l'unité, Mme BON, dont l'objectif précise t-elle est d'élaborer avec le patient un « *bilan social* » puis progressivement un « *projet social de sortie* » : « *Des entretiens, tout le monde en fait. Moi, je m'axe plus sur le social et l'avenir pour essayer de mettre en place un projet. Sauf qu'Emilio, il était grillé de pas mal d'endroits donc c'est pas facile quoi. [...] Quand les gens arrivent, j'attends tout le temps qu'ils aient vu le médecin. Par exemple, des gens comme Emilio, ils arrivent, et le lendemain on me dit voilà, il faut que tu voies Mr machin parce qu'il n'a pas de logement. Puis quand je regarde, il n'a toujours pas vu le médecin. Donc je réponds qu'il est quand même hospitalisé, on va peut-être attendre qu'il ait vu le médecin. Donc j'attends quatre ou cinq jours, qu'ils aient vu le médecin, qu'il y ait mise en place du traitement, qu'ils se soient posés un peu. Hors urgence bien sur. Sinon, après je fais un premier bilan social et administratif sur l'ouverture des droits, s'il y a des choses à mettre en place pendant l'hospitalisation. Et une fois que ça s'est fait, je les revoie pour préparer avec eux le projet de sortie. Mais c'est pas évident parce qu'en général c'est moi qui suis en demande. Le premier entretien est basé sur droit sécu, mutuelle, composition de la famille, qui prend en charge les enfants s'il y en a pendant que vous êtes là, le logement, les revenus, si les gens ont un travail, arrêt de travail, s'ils sont aux ASSEDIC, on demande l'indemnité, voilà les droits du fait de l'hospitalisation. Donc, il y en a avec qui ça se passe bien, d'autres moins bien. Avec Emilio au début, je ne comprenais rien à ce qu'il me disait, il ne comprenait rien à ce que je lui disais. Il était complètement paumé, je le voyais un jour, le lendemain, il ne savait plus qu'il m'avait vue. Tout le début de l'hospitalisation c'était comme ça, il n'imprimait plus. Et petit à petit, avec l'abstinence, c'est revenu. Ca aide quand même. Donc il a retrouvé pas mal de son autonomie. Il était en capacité de parler de son histoire, de sa vie de couple avec sa femme. De l'époque où il était sur Oyonnax, de ses filles, petit à petit les choses sont revenues. » (Mme BON, assistante sociale dans l'unité « Epidaure »).*

En effectuant le « *bilan social* » d'Emilio, l'assistante sociale dit ne pas comprendre pourquoi Emilio est toujours « *dans le système RMI* » alors qu'il présente toutes les caractéristiques d'« *une personne qui ne retravaillera jamais et qui peut prétendre à l'Allocation Adulte Handicapé* » (Mme BON). C'est alors qu'au cours de son séjour au CPA, l'assistante sociale formule des demandes d'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH) et de mise sous curatelle.

Projets d'AAH et de mise sous curatelle

Selon Mme BON, la demande de mise sous curatelle est assez rapidement rejetée sur motif que celle-ci doit être formulée par la famille lorsqu'elle est présente. Le problème, selon l'assistante sociale, c'est que si la famille formalise la demande, c'est à elle ou à la personne concernée par la demande que reviennent les charges d'expertise tandis que lorsque cette demande est formulée par une institution, c'est l'Etat qui prend en charge ces frais. Du coup, les familles, bien souvent elles aussi en situation de précarité financière, refusent de formuler toute demande de mise sous curatelle. Toujours selon Mme BON, cela vient en même temps compliquer des relations familiales qui participent la plupart du temps au processus de précarisation. En ce qui concerne Emilio, il venait tout juste de retrouver ses filles lorsque la demande de curatelle a été formulée.

Lors de son séjour dans l'unité « Epidaure », des contacts familiaux ont, en effet, pu être réinitialisés grâce aux recherches et à la médiation effectuées par l'équipe soignante. Cela faisait plusieurs années qu'Emilio n'avait pas rencontré sa famille, il ne savait pas, entre autres, qu'il était grand-père. D'après l'infirmière qui a assisté aux retrouvailles, Emilio est resté « *stoïque* », pratiquement incapable de « *lâcher une émotion* », faisant comme s'il avait quitté ses filles la veille. Un lien a été cependant rétabli par l'équipe soignante, lien reconnu par les filles d'Emilio. Fier d'avoir apporté une ébauche de reconstruction au tissu familial d'Emilio, c'est alors que l'équipe soignante spécifie, dans sa demande de mise sous protection, que le contact avec la famille d'Emilio a été renoué. « *Erreur* » nous explique Mme BON : « *J'avais mis ses coordonnées [de la fille d'Emilio] dans le dossier, le juge les a vues et du coup il a tout renvoyé. Et moi derrière, j'ai fait un courrier à la fille en lui donnant toutes les coordonnées des médecins experts mais je pense qu'elle ne l'a jamais fait. D'une part les liens entre eux étaient trop précaires et ce n'est jamais simple de mettre son père sous protection. C'est vraiment pas facile de faire ça. D'autre part, il n'avait peut-être pas l'argent nécessaire. Donc c'est tombé à l'eau.* »

Concernant la demande d'AAH, plus d'une année plus tard, l'assistante sociale n'a toujours pas de réponse « *cela prend toujours plus de temps, et il n'y a pas qu'Emilio dans ce cas-là* » précise-t-elle.

Elle décide alors de reprendre le « *projet social de sortie* » à travers la formalisation d'un « *projet d'hébergement* ».

Projet d'hébergement

« Le contexte de sortie était un petit peu particulier. Nous, on a tenté une prise en charge avec Mr Emilio en sachant qu'il avait déjà usé beaucoup de partenaires sociaux sur Oyonnax et sur Bourg. Donc, on l'a orienté vers Ambérieu parce qu'on s'est dit que, là-bas, il n'était pas connu. C'est plus facile pour la recherche d'un appartement ou d'un foyer. Ici au niveau social, on a accès à rien étant donné qu'il est déjà connu des services sociaux, plus personne ne le veut. Ses nombreuses alcoolisations ne permettent pas un maintien dans des structures type foyer, donc on l'a orienté là-bas. [...] Mr Emilio a été averti qu'on allait prendre contact avec les partenaires sociaux qu'on avait des pistes mais qu'il allait falloir qu'on en discute pour savoir où étaient ses difficultés, afin qu'on ne les répète pas non plus sans cesse. Le patient fait partie du projet, il est tenu au courant de ce qu'on fait. On lui demande d'être actif dans sa prise en charge en fait. [...] C'est pareil quand il y a une demande de mise sous protection par exemple, le patient est averti. On lui explique pourquoi on fait ça. Il faut toujours essayé de rester dans quelque chose de cohérent, que le patient soit acteur de ce qu'on fait. Il faut déjà qu'il comprenne ce qu'on fait et après qui va s'occuper de lui, quels vont être ses droits qui vont être conservés, toutes ces choses-là. » (Mlle LEDOUX, infirmière dans l'unité « Epidaure ».)

Emilio ainsi rendu « *actif* » dans sa prise en charge en se voyant paradoxalement proposer un nouveau projet, d'hébergement cette fois-ci, est envoyé vers le CHRS « L'Envol » à Ambérieu-en-Bugey. Ce CHRS permet d'héberger une personne sur une longue durée (6 mois) à partir du moment où elle élabore un projet de réinsertion¹. « *C'est un accueil sur du*

¹ Il existe en effet plusieurs catégories de CHRS qui permettent d'étaler la durée de séjour d'une journée à six mois renouvelable. Si dans les textes, la durée ne peut pas excéder douze mois, dans la réalité elle peut atteindre vingt-quatre mois ou plus. Au CHRS l'Envol, l'encadrement « pédagogique » est prédominant et comme dans tous les CHRS des critères de sélection s'appliquent à l'entrée (en termes de sexe, d'âge, de situation matrimoniale, d'antécédents sociaux, etc.). L'adhésion active du futur résidant à un accompagnement social personnalisé (suivi psychologique, démarches d'emploi et de formation, démarches administratives) est souvent

long terme mais avec des contraintes... » (Mlle LEDOUX). Pour élaborer ce projet, il y a des rendez-vous fixés avec les éducateurs du centre, appelés rendez-vous de préinscriptions, mais Emilio n'est jamais parvenu jusqu'à ces rendez-vous. « Et c'est à partir de là que ça a capoté parce qu'il ne venait pas aux RDV fixés, il se trompait de jour... mais comment on peut demander à une personne qui est sans domicile fixe, qui n'a plus conscience du temps, de venir à des rendez-vous fixes, à jeun, alors que toute la journée il est alcoolisé. » (Mlle CLERC, CESF à la PASS de l'hôpital « Fleyriat »).

Après de multiples tentatives et recherches d'hébergement, l'assistante sociale et l'équipe soignante n'arrivent cependant pas à trouver de « *solution de sortie* » (Mme BON) et décident de formuler pour Emilio un projet de postcure.

Projet de postcure

Le médecin de l'unité « Epidaure » adresse Emilio au centre de postcure « Hélios » le 10 juillet 2006. Malheureusement à ce moment-là, la liste d'attente est assez longue pour entrer dans l'établissement et Emilio doit attendre quelques semaines au CPA, qu'une place se libère. Lors de son arrivée au centre « Hélios », un courrier du médecin de l'unité « Epidaure » est transmis au Dr DUCHEMIN. Ce courrier précise qu'Emilio « *a été hospitalisé parce qu'il était borderline, désocialisé, éthylique* », le médecin de l'unité « Epidaure » parlant également « *d'équivalent dépressif suicidaire.* » Lorsque nous interrogeons le médecin sur ce qu'il entend par « *borderline* », celui-ci nous répond « *état-limite* »¹. Le courrier expose la problématique d'Emilio plus en détail².

Suite à ce courrier, l'établissement fait son possible pour accueillir Emilio rapidement, ce qui lui permet d'intégrer le centre « Hélios » le 22 août. D'après le Dr DUCHEMIN qui est en vacances ce jour-là, Emilio arrive au centre « Hélios » dans un contexte tout à fait encourageant en vue de « *consolider son état de santé et de le préparer d'avantage à l'accès aux foyers* » (Mme BON). Le médecin qui l'accueille inscrit sur le dossier : « *patient docile, motivé, se mettant bien dans le cadre* ».

un préalable inconditionnel à l'admission, ce qui ne manque pas d'écarter, comme c'est le cas pour Emilio, ceux qui sont déjà les plus éloignés des prises en charge assistancielles, qui les refusent ou les ignorent.

¹ « Borderline, état-limite, c'est tous les gens où il y a ces problématiques de dépendance liées à des troubles affectifs précoces et qui sont en lien avec ce qu'on appelle les dépressions anaclitiques, les choses comme ça. C'est comme ça qu'on peut peut-être rapidement définir l'état limite. » Entretien individuel avec Mr DUCHEMIN, médecin psychiatre au centre « Hélios ».

² Cf. annexes du chapitre 3 - Extrait du courrier adressé par le médecin d' « Epidaure » au Dr DUCHEMIN.

Au début de son séjour au centre « Hélios », Emilio reste souvent seul dans l'unité puis, progressivement, il commence à se joindre aux autres. Le médecin lui délivre alors les autorisations nécessaires pour qu'il puisse aller dans le parc de l'établissement et, plus tard, dans le village tout proche, en lui rappelant bien que sa prise en charge est « *sous contrat* ». Ces « *permissions* » se sont au début très bien passées, Emilio revient apparemment au centre « *sans s'être trop attardé dans les bars du coin* ». Bref, pour le Docteur DUCHEMIN, « *il s'est assez vite retapé.* »

Au bout d'une quinzaine de jours au centre « Hélios », Emilio tombe au sol à plusieurs reprises jusqu'à se faire des douleurs invalidantes au genou qui l'empêchent de marcher et encore moins de monter les multiples escaliers des deux étages de l'établissement. Souhaitant connaître l'origine réelle de ces douleurs, le médecin décide alors de le renvoyer au CPA afin de mettre en œuvre des examens complémentaires, notamment radiologiques.

Emilio retourne alors dans l'unité « Epidaure » pour se reposer de son « *impotence fonctionnelle* ». Ce service l'accueille une dizaine de jours et organise ses examens à l'hôpital général, examens qui ne révèlent aucun dysfonctionnement. Le service du CPA le renvoie donc au centre « Hélios ».

A son retour, le médecin qui le reçoit inscrit dans son dossier : « *Emilio va bien, problème d'orientation après le séjour. Entretien très pauvre. Difficile à comprendre. Ne semble pas comprendre pourquoi il est allé au CPA.* »

Quatre jours plus tard, Emilio est autorisé à sortir dans le village voisin. Malheureusement, il revient de cette sortie « *complètement bourré* » (Mr DUCHEMIN) accompagné des gendarmes locaux qui l'ont « *ramassé* » au bord de la route, une bouteille de rosé à la main et arguant les passants en criant qu'il veut revoir ses filles. Suite à cet épisode de réalcoolisation, le contrat de soins au centre « Hélios » étant rompu, le médecin décide de renvoyer Emilio là d'où il vient. Il écrit sur le dossier médical : « *ce patient nous a été adressé par le Dr d'[Epidaure] pour évaluation de ses capacités de vie autonome, ce patient est sous une problématique alcoolique, addictive, évoluant depuis de nombreuses années. Malheureusement, vendredi 15 septembre, il s'est réalcoolisé de façon massive, ceci met donc fin à la prise en charge proposée à Hélios.* » « *Depuis, [précise le Dr DUCHEMIN] on n'a pas de nouvelles.* »

Lors des sorties du centre de postcure « Hélios », les patients sont généralement accompagnés par Véhicule Sanitaire Léger (VSL) à leur domicile ou au CHRS dont ils dépendent administrativement pour les personnes qui n'ont pas de domicile. Emilio s'étant

réalcoolisé, le Dr DUCHEMIN demande à ce qu'il soit raccompagné au CPA. De plus, Emilio ne souhaite plus entendre parler du CHRS « Tremplin ». Pour Mlle CLERC, cette mise à distance de l'ancien hébergeur est une sorte de revanche liée à la signature du certificat d'hospitalisation.

Il arrive ainsi au bureau des entrées de l'hôpital psychiatrique, le centre d'accueil permanent (CAP), le 19 septembre 2006. Il y reste trente minutes, le temps d'un examen somatique, puis il est une nouvelle fois orienté vers l'unité « Epidaure » par le Dr ENCLIN. Sur son dossier au CAP, il est juste indiqué : *« motif de l'entrée : retour d'Hélios. Argument du Dr DUCHEMIN : « Malheureusement, vendredi 15 septembre, il s'est réalcoolisé de façon massive. Ceci met donc fin à la prise en charge proposée à Hélios. » »*.

Dernière tentative : projet de responsabilisation

Emilio est ainsi une troisième fois hospitalisé dans l'unité « Epidaure », dont l'équipe soignante est, elle aussi, bien déterminée à le mettre face à ses responsabilités : *« Quand il est revenu d'Hélios, on lui a dit : « à telle date vous devez avoir quitté l'unité. Donc à vous aussi de chercher une structure. » On a essayé de le mettre face à la réalité mais il ne l'a pas fait. La date est arrivée et il y a eu une sortie définitive. Depuis, on n'a plus de nouvelles de Mr Emilio. On a toujours ses affaires ici, donc c'est vrai que nous on se demande où il pouvait aller sans ses affaires. Il a toute sa vie ici, il y a quand même trois sacs. Et c'est là depuis sa sortie, depuis septembre, ça fait plus de six mois... [...] il nous a laissé ses affaires mais est-ce qu'on peut dire qu'il nous a laissé un bout de lui ou est-ce qu'il était tellement ailleurs qu'il ne s'en est pas rendu compte ? est-ce que les choses matérielles ont de l'importance pour lui ? Je ne suis pas sûre. Je crois qu'il a laissé ses bagages ici, comme il peut quitter l'hôpital sans problème, pouvoir être viré d'une structure sans pouvoir dire « je vais me rattraper, je vais faire des efforts ». Non, il ne dit pas ça. Il ne peut pas le dire. Dans son dossier, c'est écrit : « le patient manifeste le choix de rester dans un certaine marginalité ». »* (Mlle LEDOUX.)

Face à l'absence supposée de désir, l'équipe soignante impuissante à faire entrer Emilio dans une logique de projet est résolue à le mettre face à leur réalité. L'infirmière avoue alors qu'Emilio, contrairement à certains SDF qui le font parfois, et contrairement à ce qui est inscrit dans son dossier, n'a jamais manifesté *« le choix de rester dans une certaine marginalité »* : *« La prise en charge était assez simple, il disait non à rien, on lui proposait*

des activités, il les acceptait, mais il n'investissait rien du tout. Après, il y a eu un projet qui a été monté pour lui. Le jour où il a du sortir il a simplement dit « j'y vais, au revoir » comme ça sans aucun affect. Si vous lui dites qu'il est marginal, il va vous dire « oui », c'est certain. » (Mlle LEDOUX, infirmière à Epidaure.)

C'est bien l'impuissance de l'équipe soignante à « projetiser » Emilio qui a provoqué ce diagnostic de marginalisation. L'impuissance à agir de l'un constitue une épreuve pour la créativité d'agir de l'autre : *« Toute l'équipe, on a vécu la prise en charge d'Emilio comme un échec quelque part parce qu'on n'est pas allé au bout de notre prise en charge. Et puis l'incertitude pour le devenir d'un patient c'est toujours un peu difficile parce qu'on se dit qu'on n'a, peut-être, pas été au bout de notre travail. Mais c'est vrai que nous au niveau social, en tant qu'infirmière, c'est pas vraiment notre domaine. Et c'est vrai qu'on a déjà tellement à faire qu'on ne peut pas faire non plus un suivi... on est en moyenne trois pour trente patients... je pense que pour Mr Emilio, il y a eu énormément de choses qui ont été faites, il y a eu beaucoup d'investissement de la part de l'assistante sociale de chez nous et du médecin. Il y a eu beaucoup de recherches pour qu'il puisse s'en sortir mais il a épuisé tellement de structures et de partenaires qu'au bout d'un moment si le patient n'investit rien dans sa vie, on ne peut pas le porter à bout de bras. Des patients comme ça, on en a tous les jours qui peuvent arriver. Si le patient ne s'investit pas on ne peut pas le faire pour lui. Je dis souvent ça : nous, on peut être une béquille à un moment donné, on aide le patient par le biais de traitements, d'accompagnements psychologiques et d'orientation, après, vers des partenaires. Mais si le patient s'appuie complètement sur cette béquille ou qu'il la laisse tomber à un moment donné, on ne peut rien faire de plus. On a beaucoup de patients et on ne peut pas aller plus loin. Et quand on a travaillé avec les partenaires sociaux, on se dit qu'on a fait tout ce qu'on a pu. [...] Pour ce genre de patients c'est un aller retour quotidien : une entrée, une sortie, une entrée, une sortie... Emilio, parce qu'il allait mieux, c'était orientation vers des structures sociales et puis hop retour aux urgences parce que réalcoolisation massive au bout de 3 jours. C'est vrai qu'à un moment donné, il faut que le soin reste le soin. Il ne faut pas que l'hôpital devienne non plus un endroit où on s'est alcoolisé massivement, on s'est pris une bonne cuite, et on vient récupérer et on repart. L'hôpital doit garder toute sa signification, on vient ici pour des soins. Quand la personne n'adhère pas au soin, n'est plus du tout dedans, je ne vois pas où l'hôpital a encore sa place. On arrive au bout de toutes prises en charge psychiatriques qu'on pouvait offrir à Mr Emilio. C'est aussi ça la réalité, je pense qu'on peut parler d'épuisement dans certaine pathologie. Epuisement de tous les moyens qu'on peut mettre en place pour aider la personne. C'est malheureux mais c'est une*

réalité aussi. [...] Je crois qu'avec ces personnes, il faut juste rester disponible sans essayer de vouloir porter trop de choses, ça ne sert à rien. » (Mlle LEDOUX.)

3. L'échec de la logique du projet : une mise à l'épreuve du réseau des intervenants

Emilio se retrouve donc à nouveau dans la rue et, assez rapidement, il recommence ses visites aux urgences suite à des réalcoolisations massives. Il y rencontre alors de nouveaux intervenants, fraîchement installés et d'emblée mis à l'épreuve : *« L'autre jour, on a eu des gros problèmes avec les flics. Ils ont récupéré Emilio à l'hôpital parce que l'hôpital n'en voulait plus. Qu'est ce qu'ils ont fait, ils l'ont ramené à l'hôtel de police et ils l'ont mis 6 heures dans une cellule de dégrisement. Donc qu'est ce qui s'est passé, à 5h du matin, lorsque ça allait un petit mieux, et bien ils l'ont ramené à l'hôpital... Maintenant, on sait qu'avec ce genre de personnes, on a des problèmes systématiquement avec l'hôpital. Lorsque les écoutants marquent « très alcoolisé » sur leur fiche, ça veut dire « impossible de le mettre à l'hôpital ». Mais les flics non plus n'en veulent pas, alors il va où ? Dans les toilettes comme aujourd'hui ? Parce que c'est là qu'on l'a retrouvé ce matin ! Et tout ça parce qu'il est tellement bourré qu'il n'arrive même pas à aller du service des urgences à la salle où on a quelques lits. Il y a 100 mètres mais personne ne l'aide... » (Mr BOUGER, intervenant sur site du 115.)*

Au cours de ses périodes de vie dans la rue, Emilio reste en contact permanent avec le 115 cherchant chaque jour à trouver un hébergement. L'hiver 2006-2007, Emilio a appelé cent onze fois le 115¹. Mme ODIAUX affirme avoir ainsi pu nouer rapidement des contacts quasiment intimes avec lui : *« Moi Emilio, je connais toute sa vie. C'est quelqu'un qu'on a tout le temps. Là ça fait deux jours qu'il ne m'a pas appelée mais c'est rare. Il a passé le week-end dernier à Tremplin, apparemment en passager [hébergement à la nuit]. Et donc lundi, il m'a rappelée le soir mais c'était 18h10 c'était trop tard, il n'y avait plus de place. Ce soir c'est pareil je pense qu'il va me manquer au moins 5 ou 6 places, j'aurai rien pour lui. Il m'a raconté ce qui c'est passé avec ses filles, et quand il en parle, il pleure, il pleure souvent au téléphone. Il me dit « je les cherche, je ne sais pas où elles sont. Ma femme ne veut plus que je les vois, et je sais qu'il y en a une à Hauteville, l'autre, elle ne veut plus me voir ». Quand il commence à partir là-dessus, il pleure. Il a dit qu'il était né au Portugal, je dois*

¹ Du début du mois de décembre au début du mois d'avril.

même me marier au Portugal avec lui. Apparemment, il a du être séparé de sa femme et de ses enfants assez tôt, mais il ne le comprend pas. A chaque fois, il me dit « mais pourquoi ma femme ne veut pas que je vois mes enfants, pourquoi elle ne veut pas me voir. » Du coup, je lui réponds parfois, je lui dis, « je ne sais pas, il faut peut-être aller les voir ». On les a tous les jours ces gens-là, donc vous ne pouvez pas non plus rester complètement étranger. Je reconnais leur voix, ils reconnaissent la mienne. Au bout d'un moment, on se connaît bien. » (Mme ODIAUX, écoutante et coordinatrice du 115).

Les écoutants ne semblent jamais insensibles à l'humanité de la relation qui s'établit ainsi à distance comme le montrent les fiches de suivi qu'ils rédigent à chaque appel :

« Le FAR [CHRS de Bourg-en-Bresse] refuse de le prendre car il est toujours ivre, qu'ils sont obligés de le porter. Il m'appelle pour savoir où il va dormir. Il commence à dire qu'on a toujours de la place pour les polonais mais pas pour les portugais. »

« Semble alcoolisé +++ Propos incohérents. Souhaite dormir ce soir au FAR. Je lui demande de retéléphoner vers 16h30-17h. A suivre. »

« J'ai eu Tremplin au tel, je leur parle de ce monsieur qu'ils connaissent très bien. Il vadrouille depuis une dizaine d'années entre le FAR et TREMPLIN. C'est une personne qui effectivement boit beaucoup. Il n'est pas agressif mais très collant ce qui énervent les autres personnes accueillies. L'état dans lequel il se met le fait tomber très régulièrement c'est pourquoi il arrive souvent avec un bras, une jambe ou la tête abîmés ou dans le plâtre. Fait des séjours à Hauteville et revient. Malgré cela, c'est quelqu'un qui est facile à gérer. Si pas de place au FAR et s'il rappelle ne pas hésiter à l'orienter sur TREMPLIN. »

« Jour de l'An, hébergé à TREMPLIN. Pour le week-end jusqu'à mardi. Il souhaite une bonne année à tous... sympa ! »

« Semble gai... n'est pas à jeun. »

« Un monsieur chargé de la sécurité à Fleyriat l'a retrouvé en train de dormir dans les toilettes. Il me demande que quand il appelle, on lui précise bien qu'il doit se présenter à l'accueil de l'hôpital. »

« Très alcoolisé... donc impossible de le mettre à l'hôpital... ils sont huit ensemble très alcoolisés... Nouveau problème aux urgences, la sécurité a été obligée de le transporter jusqu'à la chambre tellement il était ivre. Ras le bol de la part de la sécurité. »

« Plus d'hébergement possible, interdit au FAR, interdit à TREMPLIN pour ses problèmes d'alcool. Ce soir, il semble très sobre... je lui conseille d'aller sur Mâcon mais il ne sait pas comment y aller. »

Extraits des fiches 115 rédigées par les écoutants
suite à différents appels d'Emilio.

Au cours des quatre mois où Emilio a été hospitalisé au CPA, un certain nombre de « réunions de suivi » ont eu lieu, Mlle CLERC souhaitant « *maintenir le lien au cas où il se retrouverait une nouvelle fois dans la rue* ». Ces réunions n'entraient pas dans le cadre de la mission de Mlle CLERC. Comme nous l'avons vu plus haut, sa volonté de maintenir les liens engagés avec les personnes en situation de précarité l'entraîne à mettre en œuvre ce qu'elle appelle un « *portage à plusieurs* » : « *On s'était mis d'accord à la réunion de synthèse qu'on ne laissait pas le bébé à une personne. [...] On a toujours été solidaire, c'est pour ça qu'on a fait des réunions régulièrement pour permettre de continuer chacun, s'il y avait besoin de faire intervenir quelqu'un d'autre. On s'est partagé les tâches quand il y avait besoin. C'est une situation qui a permis un travail d'équipe pluridisciplinaire, et chacun un peu en dehors et au-delà de son intervention. Parce que moi, j'aurais pas du faire tout ce que j'ai fait après parce que je ne le voyais plus, mais bon, je trouvais logique, surtout qu'on ne savait pas combien de temps ça allait tenir, et puis bon, ça n'a pas loupé parce qu'il a fait que 10 jours à Hélios, et après il est revenu et il est retombé d'autant plus bas.* » (Mlle CLERC.)

Mlle CLERC avoue qu'après un an de suivi, d'investissement, et de « *portage à plusieurs* », elle est bien rassurée de le voir arriver avec un mal de genoux car au moins elle sait comment s'en saisir et où l'orienter. Même si au final, ce problème de genoux est lié à de l'arthrose « *donc par définition on ne peut rien y faire mais il était dans la demande. Il fallait donc pas le laisser dans la demande, pas comprendre pourquoi on ne l'aidait pas, on l'a donc accompagné vers cette démarche auprès du médecin traitant.* » Le réseau des intervenants d'Emilio fonctionne bien en revanche, au moindre souci de santé, il se met en route pour entourer Emilio. Mlle CLERC prend les rendez-vous avec les médecins, Mme LABORDE l'accompagne. « *C'est compliqué mais on arrive toujours à faire quelque chose. [...] enfin bon, il loupait les rendez-vous, c'est ça qui est dur à gérer c'est que nous on a prévu tel jour, tel jour, tel jour, et le monsieur, il allait l'autre jour, l'autre jour, l'autre jour. C'est aussi compliqué, alors heureusement qu'on a le téléphone, on s'appelle régulièrement et à chaque fois on essaie de se réadapter... c'était prévu que le mardi, ils viennent chercher les radios, il est venu le jeudi, enfin... voilà. Ça va que je suis sur l'hôpital, il n'y a pas trop de souci mais il y a des fois où il y a des rendez-vous manqués parce qu'il vient à 18h, moi je ne suis plus là, enfin bon.* » (Mlle CLERC.)

Pour Mme BON également, face à l'ensemble de ces épreuves, la seule réponse que peut apporter un service social en psychiatrie, c'est de participer au réseau des intervenants : «

Comme finalement, on ne peut pas faire grand-chose ben on essaie de travailler avec les autres. L'idée, avec les gens comme ça c'est de maintenir à tout prix les liens avec l'extérieur. Donc là c'était Tremplin. Et puis c'est toujours mieux quand les demandes, elles partent d'une structure sociale plutôt que d'une structure psy. C'est dommage mais c'est comme ça. La psy fait encore peur. Je trouve que ça aboutit toujours mieux quand c'est une assistante sociale du CHRS qui fait la demande que lorsque c'est moi. [...] Mais Emilio, il est limite quand même. S'il continue comme ça, je pense qu'il va finir en long séjour dans un lieu de vie. Après, il y a des dégradations neurologiques qui me dépassent mais c'est l'alcool qui fait ça. En ce moment, on a quelqu'un d'autre qui est suivi par Tremplin, qui a été hospitalisé il y a deux mois pendant un mois et demi. Il a passé tout l'hiver dehors à Bourg. Il était suivi par Tremplin mais ils n'arrivaient plus à l'approcher. Même la Maraude, ils n'arrivaient plus à l'approcher tellement il est marginalisé. Donc on est en lien avec Tremplin pour faire le projet de sortie. Même topo qu'avec Emilio. L'idée de l'hospitalisation, c'est de maintenir au maximum les liens avec l'extérieur. Si on se retrouve tout seul dans la prise en charge, on s'est rendu compte qu'on arrivait plus à travailler sur l'extérieur après. On a eu le cas, notamment avec une dame qui est sortie de prison, il y a plusieurs années de ça. Elle est arrivée sur Bourg et dans un CHRS sur Bourg, ils l'ont prise en charge trois semaines, puis ils n'en pouvaient plus. Ils l'ont fait hospitaliser pour des troubles psy importants et ils ont fait une fin de prise en charge. Ils n'ont plus voulu l'accueillir. On a eu un mal terrible à trouver quelque chose. Il faut donc préparer l'après dès le début. Et puis ces gens-là, les seuls liens qu'ils ont avec l'extérieur c'est ce genre de structure. C'est important. Tremplin, ils viennent les rencontrer, ils viennent leur rendre visite, ils s'occupent du linge... Je ne dirais pas que ça remplace la famille mais c'est un lien avec l'extérieur qui est important. Ce maintien de lien social se fait beaucoup mieux maintenant que ça ne s'est eu fait d'ailleurs. Avant, les hospitalisations duraient plus longtemps donc on n'avait pas besoin de maintenir les liens comme ça. [...] Depuis que je suis ici, ça fait onze ans, le peu de personnes qui ont réussi à faire un pas, c'est des gens qu'on a réussi à garder très très longtemps. Ça remonte à plusieurs années. Notamment deux qui étaient des gens qui étaient dehors, sans rien, et qui ont maintenant une chambre en foyer et en fait, qui ont été, on dit « non chronicisés ». Et avec un relais CMP où on s'est vraiment axé sur la maladie, le handicap lié à la maladie. C'est-à-dire AAH, mise sous protection, sécurisation par le service et des hospitalisations extrêmement longues, un an, deux ans, qu'on ne peut plus proposer maintenant. Au niveau du cadre institutionnel, c'est des choses qui maintenant ne sont plus possibles. Et les deux auxquels je pense, c'est des gens qui sont vraiment restés longtemps. Aujourd'hui, les gens ils

rentrent, ils sortent. Durée moyenne de séjour : trois semaines, qu'est ce que vous voulez qu'on fasse... » (Mme BON.)

Le réseau des intervenants semble permettre de supporter deux types d'épreuve : d'une part, la problématique de l'accès aux soins – il y a toujours dans le réseau une personne qui accroche Emilio ce qui permet une prise en charge à *minima*, et d'autre part les épreuves liées à la problématique de la non demande – en créant un espace de discussion autour des échecs de la logique du projet. Si le retour de la vie dans la rue vient activer le réseau des intervenants, ce dernier ne possède pas pour autant la réponse permettant de mettre fin à la situation de précarité d'Emilio. La répétition et le martellement permanent des situations d'impasse nécessitent alors que le réseau des intervenants soit lui-même étayé. C'est ce que nous avons pu observer à travers l'évocation du « cas » Emilio dans deux actions d'étayage du CSMP : le Réseau Santé Mentale Précarité et un Espace Rencontre CHRS-CMP.

4. La répétition des situations d'impasse : une mise à l'épreuve des actions d'étayage

La situation d'Emilio rejaillit dans l'espace d'étayage que constitue le Réseau Santé Mentale Précarité à la fin d'une réunion au mois de janvier 2007. La discussion tourne autour d'un ensemble de réflexions sur les mises en échec des pratiques des intervenants en présence par les problématiques d'un certain nombre de personnes « *marginales* » suivies sur la ville de Bourg-en-Bresse. La situation d'un jeune est évoquée et comparée à celle d'Emilio en précisant que toutes les solutions imaginées ont été essayées, et que même en le laissant toucher le fond, en lâchant prise sur la maîtrise de solutions imaginées pour lui, ce dernier n'a jamais réussi à s'en sortir. La situation d'Emilio vient alors faire travailler les intervenants en présence sur leur capacité à ne pas *le mettre en projet* ou rechercher une solution à tout prix¹.

Laisser la personne faire le tour des impasses et le supporter consistent pour les intervenants à accepter que les projets n'activent pas les individus. Nous retrouvons cette idée, un mois plus tard, lorsque la situation d'Emilio est évoquée dans un Espace Rencontre au CHRS « Tremplin » dans un contexte où les intervenants du réseau d'Emilio et les référents du

¹ Cf. supra chap.3.II.2. *La non-demande : une mise à l'épreuve de la logique du projet.*

CSMP échangent sur les épreuves institutionnelles auxquelles seraient soumis les travailleurs sociaux.

En effet, Mme LABORDE (éducatrice spécialisée au CHRS « Tremplin ») est amenée à évoquer la situation d'Emilio suite à une injonction qu'elle aurait reçue de l'hôpital général « Fleyriat », concernant un autre cas, similaire à celui d'Emilio, où les médecins lui auraient demandé « *de mieux « prendre soin » des personnes en situation de précarité, que c'était à [eux], éducateurs d'un centre d'hébergement, de s'en occuper, que les médecins n'avaient pas à faire de social à l'hôpital* » (Mme LABORDE). Cette injonction est « *insupportable* » dit-elle « *car ils nous font le même coup qu'avec Emilio, nous on les connaît depuis 15 ans, alors qu'eux ils ne savent plus quoi en faire au bout d'un quart d'heure.* » Nous apprenons ainsi qu'Emilio habitait avant sur Oyonnax, qu'une assistante sociale du Centre Médico-Social s'occupait de lui là-bas, qu'ils avaient tenté plusieurs foyers et des chambres meublées privées mais que toutes ces solutions avaient été mises en échec à cause de l'alcoolisation ou du manque d'hygiène. Mme LABORDE confirme le fait qu'à un moment, Emilio voulait aller à Ambérieu, personne n'a jamais su pourquoi, pas de famille, pas d'amis là-bas. Comme nous l'avons vu avec Mlle CLERC, ça n'a pas marché parce qu'il n'est jamais allé aux rendez-vous proposé par le CHRS.

Le travail de cette éducatrice à la halte de jour consiste avec Emilio à maintenir une certaine hygiène de vie, un rythme et une régularité dans leurs rencontres. Maintenir donc mais aussi contenir parce qu'Emilio est énurétique, que ça sent très mauvais, et que cette odeur vient s'ajouter à celle de l'alcool qui le suit partout. Pour l'éducatrice donc, il s'agit de le contenir à l'intérieur de l'institution puisqu'à l'extérieur il continue à s'alcooliser et sa situation à se délabrer : « *C'est ça mettre à l'abri* » dit-elle, « *c'est ça l'accueil à bas seuil* ». Seulement voilà, depuis un mois, il y a un nouveau directeur adjoint dans cette association qui ne voit plus les choses de la même manière et qui a clairement énoncé à son équipe qu'elle ne devait plus accepter à la halte de jour des gens comme Emilio. Comme il dit, propos rapporté par l'éducatrice, « *là où j'étais avant il n'y avait pas d'alcoolique, je ne vois pas pourquoi il y en aurait ici.* » Qui plus est, il demande à l'équipe d'écrire noir sur blanc les résultats qu'elle a eus l'année précédente en termes d'insertion, tant par le travail que par le logement. « *S'il n'y a pas de résultat avec ces personnes* », aurait poursuivi le nouveau directeur adjoint, « *je ne vois pas pourquoi mon établissement devrait continuer à tenter une prise en charge impossible. Qu'on passe Emilio sous curatelle* » dit-il, « *on n'aura ainsi plus à gérer son problème d'hébergement, et je vous rappelle qu'il faut qu'on ménage notre image* ».

Comme nous l'avons vu plus haut, la question de la mise sous curatelle avait déjà été posée lors du séjour d'Emilio au CPA. Mme BON de l'unité « Epidaure » voulait le mettre sous curatelle car Emilio a une forte tendance à dépenser tout son argent lorsqu'il a bu. Cependant, Emilio n'étant pas en demande, le juge des curatelles a répondu que c'était à sa fille de se porter garante et de formuler une demande. Ce que la fille a refusé de faire. La proposition formulée par le nouveau vice-directeur du CHRS se heurte donc à la même réponse négative du juge que celle fournie à Mme BON et, selon Mme LABORDE, l'argumentation basée sur le seul fait qu'il faille protéger son argent est insuffisante.

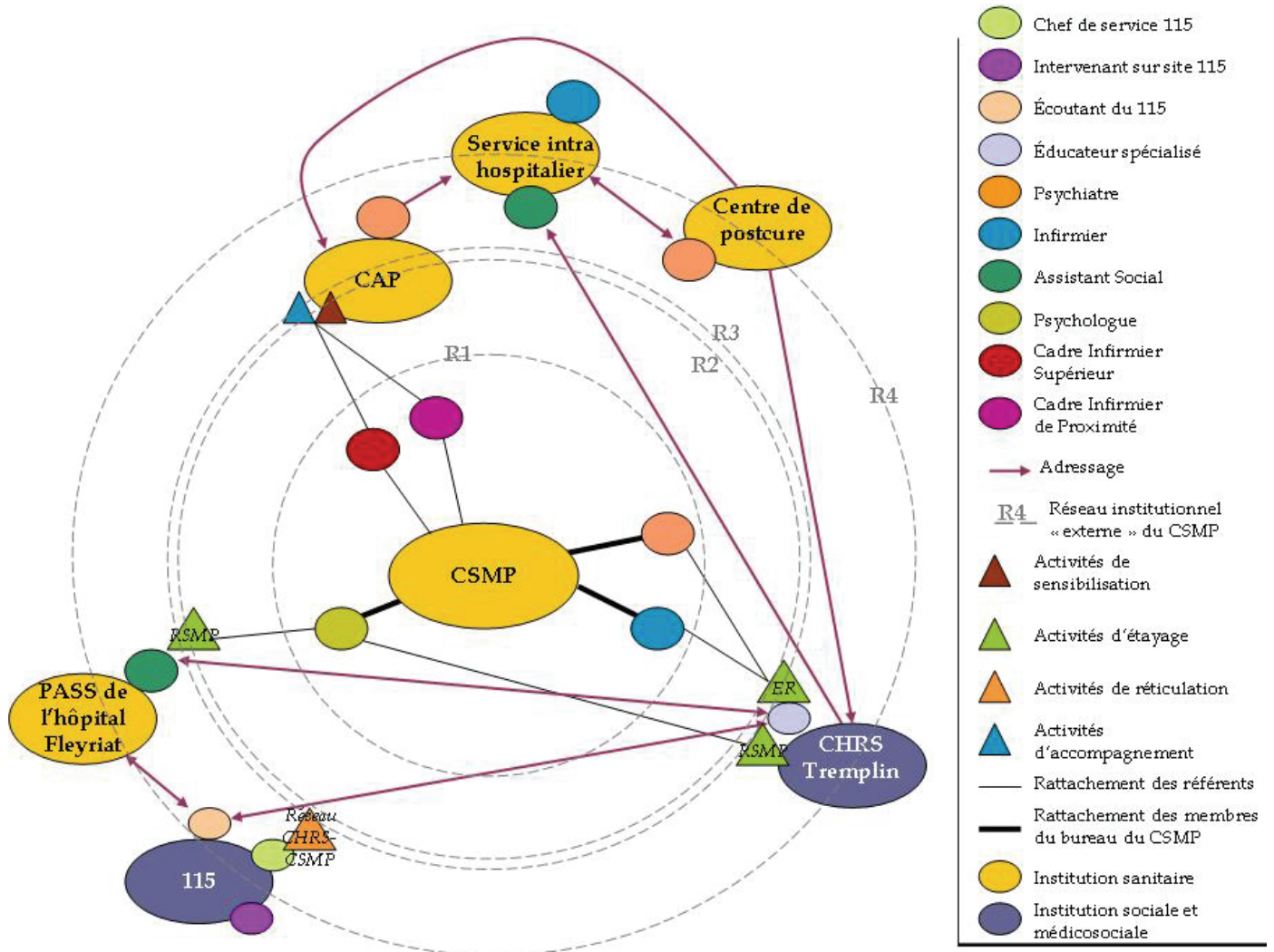
Pendant cet Espace Rencontre, Mme LABORDE continue d'expliquer qu'Emilio pose problème partout où il passe. Nous sommes en février 2007. Il titille tout le monde jusqu'à l'agacement qui peut entraîner des passages à l'acte violent de la part des autres résidents si les travailleurs sociaux du CHRS ne l'arrêtent pas. Comme « *il ne sent pas bon* », les bénévoles et les éducateurs disent qu'ils ont du mal à aller vers lui. Il a un certain nombre de problèmes de santé mais ne s'inscrit pas du tout dans une démarche de soin. « *Comment le pourrait-il puisque* » selon l'éducatrice, « *il est sobre de 8h à 10h et qu'il ne se rappelle pas de ce qu'on lui dit quinze minutes après qu'on lui ait expliqué quelque chose* ». « *Il est réceptif un quart d'heure par jour* ». Sous l'emprise de l'alcool, il peut dépenser tout son argent assez rapidement, peut-être se fait-il raquetter s'interroge l'équipe éducative. Il est au RMI. La demande d'AAH n'a toujours pas aboutie, « *une année que cette demande traîne* ». Par rapport à son RMI, « *ça fait bien longtemps que l'assistante sociale ne le voit plus, il ne vient pas aux rendez-vous. Il ne vient jamais aux rendez-vous* » (Mme LABORDE). Il a été récemment suspendu à la halte de nuit, pendant huit jours, parce qu'il ne voulait pas se laver et qu'il provoquait trop de conflits dans le groupe des résidents. Pendant ces huit jours, c'est le 115 qui a pris le relais de l'hébergement, ou plutôt qui s'est chargé de placer Emilio en accueil d'urgence.

De telles places, il en existe à l'hôpital « Fleyriat » comme nous l'avons vu, à un bâtiment du local de Mlle CLERC, mais dans un dispositif complètement déconnecté de la PASS. L'hôpital sous-loue cinq lits vacants au 115 pendant la période hivernale. « *Personne n'encadre les personnes accueillies à l'hôpital et qui sont envoyées par le 115. On leur montre leur lit et c'est tout* » (Mme LABORDE). Mr BOUGER, intervenant sur site du 115, travaille en effet en journée alors que les personnes arrivent tard le soir et ne restent que la nuit. Pendant cette période de mise en suspension par la halte de nuit, Mme LABORDE tente

donc de continuer d'accompagner Emilio en lui demandant simplement de téléphoner le matin au 115 pour demander un hébergement pour le soir. Car le 115 fonctionne à la journée et propose un hébergement pour une nuit seulement, à la condition qu'Emilio rappelle entre 17 et 18h pour confirmer sa demande. Mais Emilio n'est pas en demande, et quand bien même il le serait, son taux d'alcoolisation vers 17h l'empêche fatalement de trouver une cabine téléphonique : « *On nous rabâche les oreilles avec cette idée de projet* » dit Mme LABORDE, « *mais comment peut-il se projeter alors qu'il ne sait même pas où il va dormir ce soir ? Et, le dispositif qu'on lui propose ne l'aide pas, bien sur, en lui donnant une réponse à 18h.* » « *Il ne faut pas croire qu'ils n'y pensent pas toute la journée* » rajoute t-elle, « *ils y pensent, comme tout le monde y penserait* ». Et l'éducatrice continue de s'interroger : « *Les bénévoles n'ont plus envie de s'investir dans ces conditions, on a de moins en moins de réunions collectives, on n'a pas de projet de service, on nous empêche dans ce qui était avant notre mission d'éducateur, qu'est ce qu'on fait ?* » Là encore, c'est l'impasse qui est évoquée. Mais, il est intéressant de noter que cette impasse relève du même type de malaise que celle des bénéficiaires, comme si la problématique des personnes rebondissait, dans les mêmes termes, sur la problématique des intervenants. Pas de projet possible dans un contexte d'injonction au projet, une temporalité de vie ou de travail qui est celle de l'urgence, une précarisation des moyens alloués pour parvenir à exister en tant qu'individu ou en tant que professionnel. « *Qu'est ce qu'on fait maintenant* » dit-elle, « *des Emilio, on en suit une dizaine, si on les enlève on ne va suivre que ceux qui nous permettront de dire qu'on a des bons résultats ? C'est ça qu'on veut faire ? Si c'est ça qu'ils le disent au moins.* » La référente du CSMP qui se trouve en face de Mme LABORDE ne peut qu'acquiescer à tout ce discours qui résonne avec celui des plénières du CSMP : « *Effectivement, dit-elle, si même chez vous ça se passe comme ça où vont-ils aller ?* » « *Le pire, [répond Mme LABORDE] c'est qu'aujourd'hui avec ces personnes, on ne sait même plus ce qu'on va faire avec elles la prochaine fois qu'elles vont revenir nous voir. Avant on savait que notre travail c'était d'apporter des petits supports au quotidien, ce n'était pas que l'écoute, loin de là, mais prendre une douche, leur permettre de se poser, de se poser là simplement sans rien attendre en retour, puis, une fois que les choses commencent à prendre entre nous, leur donner des petites responsabilités, des petits étayages matériels qui font que ça aide, aujourd'hui la seule chose qu'on peut faire dans un cas comme celui d'Emilio c'est de lui recommander d'appeler à tel endroit, de l'accompagner parfois dans ses rendez-vous [...] le seul résultat qu'on peut leur donner pour l'évaluation c'est qu'on arrive à les maintenir dans un parcours.* »

IV. (Reprise) Lorsque le parcours de vulnérabilité d'Emilio dessine la constellation de la prise en charge sanitaire et sociale

Le schéma ci-dessous représente la constellation sanitaire et sociale d'Emilio selon le même modèle que celui utilisé dans le chapitre 1 pour décrire les différents niveaux de réseau du CSMP.



La constellation sanitaire et sociale d'Emilio (janvier 2006-février 2007).

Au centre de la constellation sanitaire et sociale, se trouve le Carrefour Santé Mentale Précarité. Tout autour, se trouvent les différents niveaux de réseau du CSMP (réseau des référents R1, réseau institutionnel « interne » R2, réseau des actions R3 et réseau institutionnel « externe » R4) qui ont été concernés par le traitement clinique d'Emilio à un moment donné de son parcours sanitaire et social. Comme nous l'avons déjà évoqué au début de ce chapitre, ce schéma est loin d'être une représentation totale (échelle 1 :1) du parcours

institutionnel réel d'Emilio, ne serait-ce parce qu'il correspond à une période limitée dans le temps de ce parcours.

En revanche, et nous pouvons penser que cela est une constante dans le parcours d'Emilio, l'ethnographie combinatoire des dispositifs de la constellation sanitaire et sociale d'Emilio que nous venons de réaliser dans ce chapitre, donne à voir des prises en charge et des accompagnements à la fois sans cesse mis en échec et à redéfinir à chaque nouvelle rencontre. Ils échappent à une conception du parcours type contenue dans les cadres réglementaires et législatifs des actions et qui donnent à voir un sens idéal pour une prise en charge réussie :

Accès aux droits, aux soins et à la prévention → Soins → Orientation → Insertion

La série d'impasses que nous avons relevée traduit l'impossibilité des cliniciens à traduire en action les règles d'action classiques de leur dispositif. Plus encore, cela a pour effet de positionner en permanence l'individu en situation de précarité dans des règles d'action paradoxales car prises entre différents régimes de temporalité. Conscients qu'ils ne peuvent plus se situer soit dans la temporalité trop courte de l'urgence, soit dans celle trop longue de l'assistance, certains cliniciens semblent être en quête d'un dispositif idéal, qu'ils trouvent pour partie dans le réseau, permettant de faire tenir la relation d'aide dans la temporalité du « transitoire durable »¹ : *« On va venir s'appuyer sur le réseau pour aller déposer des situations qu'on ne peut pas traiter ici parce qu'on n'a pas forcément de psy à disposition. Donc on se sert du réseau, des Espaces Rencontres, pour avoir un éclairage psy, au sens clinique. En même temps, ce n'est qu'un éclairage, c'est à dire qu'après on peut essayer aussi d'avoir un éclairage sociologique, ethnologique, parce qu'en fonction des personnes rencontrées, les cultures étant différentes, les trajectoires étant différentes, les contextes et les milieux socioprofessionnels étant différents, il faut avoir ce côté arlequin des lectures de la personne pour pouvoir comprendre la personne dans sa globalité. [...] Le travailleur social, en fonction de ses sensibilités, en fonction de sa capacité à prendre ou à ne pas prendre les choses, il va se faire sa petite recette de cuisine, il va aller piocher là où il veut. L'essentiel c'est que le boulot se fasse. Et que le boulot se fasse dans le cadre du projet qui a été énoncé lors de l'accueil de la personne pour tendre vers une forme d'autonomie. Si ça le rassure de dire qu'elle est psychotique, pourquoi pas. La visée c'est que la personne ressorte le plus vite possible dans le droit commun. [...] Pour ce faire, il faut laisser des aires d'accueil spécifique, ce que j'appelle des espaces transitionnels, parce qu'on ne fait pas l'économie de*

¹ CASTEL R., (1995), *op. cit.*

la vie qu'on a eue avant, même si ça s'est passé dans la violence. Une personne, même quand elle a été violentée, elle est dans le doute de savoir si elle doit quitter ou ne pas quitter le domicile conjugal. Le sadomaso ça existe, la source maso elle peut exister chez quelqu'un et il faut lui laisser faire ses allers retours, lui laisser éprouver ça ici et maintenant.» (Mr NOMAD, chef de service du 115.)

Pour faire tenir la relation d'aide dans cette temporalité du « transitoire durable » où à chaque nouvelle rencontre tout est à reconstruire sans forcément qu'il y ait l'espoir d'un lendemain qui tienne (Mlle CLERC), les cliniciens ne se mobilisent pas tant sur un « patient » identifié à partir de ses symptômes (« *personnes démunies* », « *troubles psychiques* », « *pathologies névrotiques* », « *borderline* », « *troubles psychotiques* ») comme nous le retrouvons dans les cadres d'action des dispositifs, mais plutôt sur une « *personne* » appréhendée de manière « *globale* » à partir de ses attachements (social, culturel, affectif, etc.) qui font, dès lors office d'adresse. « L'art d'être présent au présent »¹ (« *ici et maintenant* » Mme LABORDE, Mr NOMAD) semble permettre de saisir l'individu à travers tout un ensemble d'épreuves qui, dans un fort contexte d'indétermination et d'inquiétude, permet progressivement de constituer un savoir-faire sur mesure, où on singularise les attachements, où on travaille les adresses de la personne. L'élaboration en commun de ce savoir-faire (on peut parler ici de clinique des attachements, sur laquelle nous reviendrons au chapitre 7), tisse un collectif d'intervenants hésitants, à « *pattes cassées* »², qui cherchent à prévenir les risques de rechute en constituant un entourage, un carnet d'adresses, qui se mobilise face aux problématiques soulevées tout au long du parcours de l'individu dans son trajet sanitaire et social. Ce collectif, qui apparaît lors des réunions des actions d'étayage du CSMP (Espaces Rencontres, Réseau Santé Mentale Précarité) ou encore lors de « *réunion de suivi* » organisée à l'initiative d'un nouveau clinicien particulièrement engagé, ne cherche pas à stabiliser via un « *projet* » l'individu en situation de précarité, mais plutôt à laisser en permanence la porte ouverte à l'émergence d'un possible, aussi éprouvant soit-il. Pour ce faire, ce qui est discuté dans ces réunions, ce ne sont pas tant les « *solutions* » étayées par de solides références théoriques, et qu'il s'agirait de maîtriser, mais plutôt les différents échecs, les différentes impasses, les « *mal-adresses* » de

¹ RAVON B. (dir.), PICHON P., FRANGUIADAKIS S., LAVAL C., (2000), *Le travail de l'engagement, Rencontre et attachements : une analyse de la solidarité en direction des « personnes en souffrance*, Recherche MIRE/Fondation de France.

² PITICI C., « Les bricoleurs de la précarité » dans LAVAL C., RAVON B. (coord.), *Réinventer l'institution*, Rhizome n°25, 2006, p. 19-23.

l'offre classique de soin et d'insertion qui résultent des résistances de l'individu en situation de précarité, et sur lesquelles il s'agit de « lâcher prise ». La répétition des impasses oblige alors les cliniciens qui se maintiennent dans le réseau à se mouler aux résistances de l'individu. Autrement dit, tout se passe comme si **la problématique de la personne en situation de précarité organisait ainsi le sens de la circulation des intervenants (le chemin d'épreuves) qui acceptent, malgré tout, de la suivre.**

En acceptant de suivre la personne en situation de précarité de manière quasi inconditionnelle, l'objectif des intervenants semble être de permettre à la personne en situation de précarité de se risquer à s'engager seule, à « *se bouger* » (Mme ODIAUX) et se responsabiliser (Mr DUCHEMIN), tout en étant portée par eux, dans un « *espace intermédiaire* » (Mr HUNTER, Mr NOMAD) où elle peut recommencer à éprouver le fait de faire partie d'une commune humanité. Pour remplir une telle mission de sociabilisation, les cliniciens se constituent en réseau de prises en charge, en communauté de charge, où il s'agit de penser ensemble comment négocier avec la personne en situation de précarité l'utilisation de supports, véritables médiateurs de la sociabilité proposée. Ces supports sont très nombreux. Par exemple, si nous prenons ceux mobilisés par Mlle CLERC nous pouvons en répertorier plus d'une quinzaine : carte de visite, plaquette d'information, passeport-soins, médicaments, ticket bus, interprètes, lits du service des urgences, entretien spécifique, consultation sociale, rencontre avec la personne, contrat de soins, démarche de soins, projet de réinsertion, projet de cure de désintoxication, réseaux autour de la personne, entourage familial d'Emilio, Hospitalisation à la Demande d'un Tiers. Tous n'ont pas été utiles pour Emilio mais tous ont été déployés et il en est de même pour chacun des intervenants de la constellation sanitaire et sociale d'Emilio.

Si c'est bien la problématique des personnes qui oriente le sens de la circulation des intervenants, nous pouvons alors faire l'hypothèse que le type d'atteintes, touchant la personne en situation de précarité et identifiées par les intervenants, va les amener à mobiliser tels ou tels supports. Avant de revenir plus en détail sur la (ou les) propriété(s) de chacun de ces supports ainsi que sur les différentes formes d'intervention clinique qui sont données à voir dans le parcours sanitaire et social d'Emilio, il nous faut donc d'abord mieux comprendre ce que les cliniciens entendent par « précarité » et comment ils qualifient ces expériences de la vulnérabilité.



CHAPITRE 4 – LE CADRAGE CLINIQUE DES ATTEINTES RELATIVES A LA PRECARITE : MISERE, MARGINALITE, MEPRIS

Pour les référents du CSMP, la personne en situation de précarité est un individu pour qui le processus de précarisation a fragilisé l'une au moins des capacités fondamentales sans lesquelles il n'existe pas de vie humaine¹. A partir d'un recueil de récits d'expérience clinique que nous avons effectué auprès des référents du CSMP et en les suivant dans leur travail autour de l'ouvrage de Guillaume LE BLANC, nous avons pu réaliser un regroupement des problématiques soulevées par ces cliniciens. Ce regroupement est essentiellement basé sur l'hypothèse de Guillaume LE BLANC qu'une existence peut être précarisée 1- à partir du moment où les propriétés sociales de la vie de l'individu s'effondrent, 2- lorsqu'il est empêché dans sa créativité à agir soit par l'imposition de régimes d'inaction, soit par la marginalisation de ses dispositions à l'action, et 3- par l'impossibilité de prendre une posture narrative.

Comme le constatent les référents du CSMP, si ces trois séquences du processus de précarisation sont bien souvent entremêlées dans les situations cliniques qu'ils rencontrent, il convient cependant de les distinguer afin de saisir les logiques à l'œuvre dans les processus de précarisation avec lesquels les cliniciens ont à faire. Pour cela, et en suivant la démarche des cliniciens, nous avons regroupé, pour chacune de ces séquences, plusieurs récits d'expérience clinique qui ont été travaillés pendant la deuxième partie de réunions plénières, et qui semblent pertinents aux cliniciens afin de valider ou non cette hypothèse.

Note méthodologique sur ma posture de recherche

Ce travail de collecte des récits d'expérience clinique a débuté à la fin de l'année 2006. L'ensemble des récits a été repris à l'automne 2007 avec un groupe de référents chargé par le CSMP de reformuler une définition clinique de la précarité afin de mettre à jour la Charte du CSMP. Pour travailler cette nouvelle définition clinique, ce groupe s'est appuyé également largement sur les propositions de cadrage *philosophique* des atteintes relatives à la précarité proposées par Guillaume LE BLANC.

La nouvelle Charte rédigée par les référents du CSMP en 2008 intègre donc une définition clinique de la précarité élaborée à partir des propositions de Guillaume LE BLANC, propositions illustrées par les récits d'expérience clinique recueillis pour ce travail de thèse. On voit bien ici comment mon implication dans ce groupe a permis aux référents du CSMP de s'approprier mes descriptions ethnographiques pour en faire une sorte de validation clinique, à partir de leurs propres expériences cliniques, des

¹ Cette proposition recueillie lors de la réunion plénière du 27 juin 2007 est de Guillaume LE BLANC, (2007), *op. cit.*, p. 102. L'ouvrage de LE BLANC a fait l'objet d'un intense travail d'élaboration pendant tout le second semestre de l'année 2007 au sein du CSMP. Il a notamment permis, comme nous allons le voir dans la note méthodologique, de poser une nouvelle définition clinique de la précarité au sein du CSMP.

propositions *philosophiques* de Guillaume LE BLANC. Cette nouvelle Charte étant en partie issue de ma posture de chercheur (« cliniquement ») impliqué, je ne l'ai pas intégrée dans mon corpus d'étude.

En revanche, il s'agit bien de rendre compte dans ce chapitre de la théorisation de Guillaume LE BLANC telle qu'elle a été perçue par les référents du CSMP. Pour ce faire, j'ai choisi d'utiliser le temps présent car il s'agit pour moi de « raconter » les constructions théoriques actuelles des référents qui sous tendent le cadrage *clinique* des atteintes relatives à la « précarité ». Il ne s'agit pas ici de remettre en cause les discours énoncés par les cliniciens rencontrés (ce qui aurait été donné à voir par l'utilisation de l'imparfait). La question pour moi n'est pas de savoir si ces constructions sont réelles ou pas, je cherche à comprendre comment elles s'articulent entre elles, comment elles induisent des positionnements cliniques spécifiques, qu'ils soient homogènes ou non, à un moment donné de l'histoire du CSMP.

Les différentes atteintes de la clinique de la précarité sont étudiées ici à travers une sociologie des dévoilements. Les variations et les invariants en termes de processus d'individuation, que véhiculent ces différentes conceptions des atteintes, seront étudiés dans le chapitre suivant.

I. Le cadrage clinique des pauvres et des malades : misère et dépossession (de soi)

Récit d'expérience clinique n°1 : Monsieur B

« Monsieur B est envoyé d'un établissement de postcure du département dans un CHRS de BOURG, sans renseignements médicaux, ni aux éducateurs - « secret médical oblige » - ni même au médecin généraliste, dont le statut au CHRS est précaire. Simplement, l'équipe est informée que les problèmes de santé de Mr B sont « résolus », ou du moins en bonne voie. Ce qui ne paraît pas évident devant l'état de prostration, de maigreur, et le comportement anorexique de cet homme de 50 ans.

L'équipe éducative apprendra qu'il vivait marginalement dans un quartier de Lyon où il était vaguement connu, qu'il est sous tutelle. Le patient demande seulement à revenir à Lyon, il ne semble pas bien réaliser où il est, ne peut fournir aucun renseignement sur sa pathologie, ni son histoire. Le tuteur est difficile à joindre et ne propose rien, impossible de trouver un autre interlocuteur sur Lyon. Nous en parlons en Espace Rencontre, et en réunion du RESEAU SMP/CHRS. L'équipe éducative exprime son désarroi et nous conseillons de prioriser les soins somatiques, auprès d'un généraliste. Celui-ci prescrit une hospitalisation, qui sera différée de jour en jour, faute de place. Finalement, Monsieur B, dont l'état se dégrade toutefois à vue d'œil, est hospitalisé d'autorité au CHG où il meurt au bout de quelques jours.

Ceci ne se passe pas sur un trottoir de DELHI, mais dans la préfecture de l'AIN, en 2005. Nous en sommes encore à lister les multiples dysfonctionnements institutionnels, fonctionnels et moraux, que révèle ce petit drame du quotidien, qui ne sera jamais élevé au rang de scandale, qu'il est pourtant. »

Mr TABARY, psychiatre, réunion du Réseau CHRS-CSMP, 1 juin 2006.

Selon les référents du CSMP¹, bien souvent, par manque de place dans les institutions sanitaires ou dans les foyers spécialisés, les malades souffrant de cancers, de maladies auto-immunes, d'anomalies congénitales massives, d'affections rhumatologiques chroniques invalidantes, de fractures, de tuberculose, appellent le 115 pour essayer de trouver un abri dans les institutions du social. Une fois parvenu à destination, le malade en situation de précarité doit alors expliquer seul sa maladie et les conséquences que celle-ci peut engendrer sur son comportement, sur ses relations aux autres, sur sa prise en charge... « *Mais comment annoncer, à son arrivée en CHRS, la prise d'un traitement lourd, des antirétroviraux par exemple ? Comment aller mettre ce traitement au frigo, s'il y en a un ? Comment prendre régulièrement son traitement plus ou moins au regard des autres sans ensuite avoir le sentiment que l'on est victime de discrimination ?* »² Pour cause, à la fois, de communication difficile entre soignants et travailleurs sociaux, parce qu'il devient plus coûteux de parler de sa maladie plutôt que de faire croire qu'on est un « SDF comme les autres », ou encore parce que la personne est simplement trop malade pour parler, les travailleurs sociaux du CSMP constatent que les « patients » arrivant en CHRS restent alors bien souvent seuls à porter la charge de leur prise en charge et taisent leur souffrance.

Mais au CHRS comme à l'hôpital, pour des raisons budgétaires, les nuits sont également comptées³. Il faut donc, une fois qu'un bout de crise est traité, régulièrement repartir, quitte à risquer que la maladie à peine « consolidée » vienne structurer encore plus la personne. Les malades en situation de précarité se confrontent alors bien souvent encore et encore aux aléas de listes d'attentes interminables d'institutions en mesure de leur donner asile, de leur fournir un soin, d'ouvrir un droit... A la fois « malade » et « précaire », ces personnes poursuivent alors un déambulement interminable des urgences de l'hôpital au 115, du 115 au CHRS, du CHRS à la rue, de la rue aux urgences de l'hôpital, et ainsi de suite : « *Une des constatations de l'ANPE était : qu'est ce que je fais des gens qui ont 50-55 ans, qui ont des pathologies physiques associées, suite à des accidents de travail pour beaucoup, que je ne peux pas réinsérer au travail mais qui sont demandeuses de travail. Je n'ai pas d'emploi qui correspond à leur problème et c'est des gens qui ne renoncent pas à l'emploi. Donc grosso modo, la commande c'était que « ça serait bien que tu montes un groupe qui aide ces gens à faire le deuil du travail et à aller vers autre chose... » C'était la demande de l'ANPE, ça n'a*

¹ Extraits d'observation impliquée. Propos rapportés lors de plusieurs réunions plénières du CSMP.

² Extrait d'observation impliquée. Mme PARTSON, réunion plénière du CSMP, 1 décembre 2006.

³ Extrait d'observation impliquée. Propos tenus par Mme LABORDE lors d'un Espace Rencontre CHRS-CMP au CHRS Tremplin, 16 octobre 2006.

jamais été l'ambition du groupe de parole mais voilà... Ces gens ont glissé progressivement des ASSEDIC au RMI, et puis à plus rien parce qu'ils sont considérés comme « consolidés ». Donc la sécurité sociale ne paie plus mais ils sont incapables de reprendre leur boulot parce que les séquelles sont telles qu'ils ne peuvent pas reprendre. La sécurité sociale considère que si tu as une fracture, c'est normal que tu sois en arrêt maladie. Au bout d'un certain temps, on t'envoie voir le médecin du travail qui considère que l'accident de travail est consolidé, que la pathologie liée à l'accident de travail n'évoluera plus, mais ne s'intéresse pas du tout aux séquelles de l'accident de travail. Si tu es « consolidé » tu n'es plus dans le cas d'un accident de travail. Donc soit tu bascules en invalidité, mais tu vas avoir 10 à 15% d'invalidité donc pas d'argent au bout, soit tu te remets au boulot mais dans un autre boulot parce que tu ne peux plus faire celui que tu faisais précédemment, soit tu te retrouves au RMI. » (Entretien individuel avec une psychologue RMI du CSMP).

Face à de tels tableaux, les cliniciens de la précarité semblent n'avoir d'autre possibilité que de s'indigner. Indignation tout d'abord devant le manque de communication et l'absence de transmission des informations médicales essentielles à la prise en charge du malade dans les structures sociales. Indignation ensuite devant la précarité du statut de « malade » à l'hôpital ou de « résidant » au CHRS. Pour l'un comme pour l'autre, la durée de séjour est courte, permettant à peine la « consolidation » de la personne. Tout semble se précariser, même le poste du médecin en CHRS. Ironie et dérision parcourent ces deux textes.

Le scandale ne porte pas tant ici sur les restrictions budgétaires ou le manque de personnels techniques, comme nous avons pu l'entendre par ailleurs, mais plutôt sur l'incapacité des institutions sanitaires et sociales à prendre soin des malades et de faire comme si ces derniers devaient faire le deuil de leur prise en charge médicale. Ce scandale est donc d'ordre politique. Le premier texte rejoint le second où la psychologue RMI s'indigne devant la demande formulée par l'ANPE : « ça serait bien que tu montes un groupe qui aide ces gens à faire le deuil du travail ». « Faire le deuil du soin » comme « faire le deuil du travail », voilà deux injonctions avec lesquelles les cliniciens de la précarité disent avoir à découdre dans le quotidien de leurs activités. La personne en situation de précarité, quant à elle, est faite comptable des troubles liés à son expérience et elle est sommée de les traiter.

Nous observons ainsi dans leur discours un certain nombre de ritournelles relatives à des atteintes identitaires : « on est passé de 1800 à 350 lits en quelques années, il y a une véritable précarité intrahospitalière », « c'est la psychiatrie que l'on précarise, comment

peut-on accompagner des personnes dans ces conditions ! », « on nous empêche de réaliser notre véritable mission, celle de soigner ! » « on passe plus de temps à se réunir pour parler de notre travail qu'à faire des consultations ! », « les procédures, y'a en marre, on ne fait que ça », « évaluer, évaluer, il n'y aura bientôt plus rien à évaluer si on passe notre temps à faire ça. », etc.¹ A entendre ces discours, les cliniciens semblent progressivement dépossédés des propriétés constitutives de leur identité de professionnel. Elles toucheraient essentiellement à leur vocation et porteraient atteinte à la pleine réalisation de leur mission.

Récit d'expérience clinique n°2 : Monsieur R

« Monsieur R est arrivé au Centre Psychothérapique de l'Ain le 04.08.2005, date de la première hospitalisation. Il était passé au CAP à deux reprises les jours d'avant sans attendre le médecin. Des rendez-vous lui avaient été programmés au CMP mais il ne s'y était pas rendu.

Monsieur R est célibataire. Il est né en 1973 dans le nord de la France, il a donc 33 ans. Il perçoit le RMI. Les éléments que je vous transmets maintenant, sur son histoire je les ai eus fin novembre 2005, 3 mois après son hospitalisation et lors d'un entretien en vue de préparer sa sortie. Il m'explique donc être le dernier enfant du premier mariage de son père. Il a un frère dans l'armée à Tahiti, un autre frère qu'il n'a pas vu depuis 1987, une sœur à Agen mais sans contact avec elle du fait de conflit avec son concubin, une sœur dans le Nord qu'il ne voit pas. Après la séparation de ses parents, il a eu 3 frères issus du second mariage du père : un dans l'armée, deux encore scolarisés. Sa mère ne s'est pas remariée. Il est en rupture de lien avec l'ensemble de sa famille. Il a également une fille d'une dizaine d'années dont il ne me parlera pas. Au niveau scolarité : Monsieur a un niveau CAP maçonnerie en 1990/91, il a fait l'armée à Fontainebleau en 1992, il a travaillé en intérim quelque temps et il a pris beaucoup de toxiques Hach, Cocaïne, Héroïne. En 1997, il fait une post-cure à Champigny sur Marne où il me dit rester un an pour se soigner. Sa mère lui avait sommé de faire cette post-cure s'engageant à le récupérer par la suite. A son retour dans le Nord, il est rejeté par sa famille. Conflit avec la mère qui n'en veut pas et crainte du père, parle de violence. Il part alors en 1998 sur Ferney-Voltaire où il a un ami rencontré en post cure. Il sera d'abord hébergé puis rentre au CHRS de Gex jusqu'en 1999/2000. Il part ensuite en appartement relais ALFA 3A à visée autonome. Au niveau professionnel, Monsieur R occupe plusieurs emplois, contrats en insertion, il travaille dans le recyclage avec des entreprises d'insertion, dit que ces emplois lui plaisaient. Monsieur R est incarcéré en 2001, il est condamné à 36 mois de prison dont 14 mois avec sursis pour des affaires de recel, dit avoir été manipulé. Il sera incarcéré 7 mois, sort en conditionnelle avec obligation de soins plus travail. Monsieur R part en cure à St Galmier puis s'installe à Trévoux où il fait un chantier d'insertion espace vert. Problème d'alcool récurrent. Il explique avoir des difficultés de communication avec les autres, s'alcoolise régulièrement. Il part dans un foyer sur Chazey pendant 6 mois. Il repart dans le Nord, 15 jours en 2003 avec un désir de renouer des liens familiaux. Sans résultat. Il dort alors dehors, errance qui dure peu mais dont il parle avec beaucoup d'angoisse aujourd'hui. Monsieur R est réincarcéré 17 mois, de 2003 à janvier 2005. Il ne signait plus sa conditionnelle et a donc été écroué. Il ressort en janvier 2005 et il est accepté de suite dans un CHRS de Bourg. Parle de nouveau

¹ Extrait du cahier de notes personnelles, ritournelles recueillies lors de différentes réunions plénières du CSMP.

d'alcoolisation. Il a également un suivi normalement avec le SPIP¹ qui se termine mi juillet. Il dit boire pour atténuer des angoisses. Il est réincarcéré de mai à juillet 2005 pour une histoire de manifestation à Lyon, il aurait été là, au mauvais endroit au mauvais moment. Il trouve cette condamnation injustifiée. Il est passé en comparution immédiate et a été écroué de suite. Il ressort en juillet 2005, il est de nouveau au CHRS. Dégradation rapide de son comportement jusqu'à son Hospitalisation Libre en aout 2005. J'aurai donc tous ses éléments fin novembre 2005. Entre temps, dès mon retour de congé en aout 2005, je commence à suivre Mr R.

Monsieur explique être logé au FAR et que l'éducatrice lui a assuré un retour au CHRS à sa sortie, mais il reste inquiet, l'équipe aussi d'ailleurs. Il parle facilement de mal être et d'angoisse. Il se sent soulagé d'être hospitalisé. A ma prise de contact avec le FAR, l'équipe éducative a un tout autre discours. Ils ne lui ont pas promis un retour en CHRS, le premier accueil de février à mai 2005 s'était bien déroulé, mais depuis son retour en juillet, il a un comportement qui ne va pas. Il fait des menaces à tout le monde, pense que les éducateurs lui parlent dans sa tête et veulent sa mort, alcoolisation +++, ils ne veulent pas le reprendre. Ils ont eu beaucoup de mal à le faire hospitaliser, crainte que la situation se reproduise et qu'ils se retrouvent impuissants de nouveau. Trois demandes vont être refaites au CHRS au cours des mois de septembre et octobre 2005 sans changement de position de leur part.

Il m'indique également être suivi par un référent du SPIP service de probation. Lors d'un contact téléphonique, j'apprends que ce dernier avait un suivi jusqu'en juillet 2005 mais n'avait pas eu de nouvelles depuis mai d'où une certaine inquiétude.... Il n'avait donc pas été informé de la réincarcération de Mr R. Parallèlement, Monsieur R accepte bien le cadre de l'hospitalisation, se dit rassuré... Je contacte ALFA 3 A et la Résidence Sociale Paul Barberot, ils me font une fin de non recevoir rien qu'à l'évocation de son nom. Le directeur adjoint explique avoir accueilli ce Monsieur le jour de sa sortie de prison en juillet 2005 en ALT, dans l'attente d'une place au CHRS... Il a fait peur au personnel de par son comportement, son agressivité, il était au rez-de-chaussée et ne supportait pas les barreaux aux fenêtres, il est parti le lendemain. Je contacte un autre CHRS qui me fait la même réponse. Il a joué du couteau début 2005, ils ont peur de lui. L'image de ce Monsieur à l'extérieur ne correspond pas à ce qu'il est dans l'Unité.

Monsieur R va déposer en septembre 2005, une demande au foyer SONACOTRA. Au téléphone, ils n'ont pas de place et 15 personnes en attente (il passera en Commission en mars 2006 !) et ne sera pas pris. Mr R admet avoir eu un comportement inadapté. Il retourne au CHRS à plusieurs reprises, parle avec l'équipe. Entre septembre et mi-décembre, date de sortie du service, Mr R sera hospitalisé à temps complet sans problème particulier. L'équipe infirmière sera divisée, certains le soupçonnent de "simuler son comportement, ses voix, ses angoisses", d'autres le trouveront authentique et en réelle souffrance. Du coup, le projet est difficile à mettre en place. Parallèlement, il pose des permissions les week-ends et va dormir à l'hôtel...ou chez des amis, régulièrement revient avant la fin de la perm.

Avec moi, en entretien, il sera très conciliant, un comportement de petit garçon : oui madame, merci madame... Me parle de ses craintes de se retrouver dehors, ne veut pas revivre cela...Faute de trouver une place en foyer et à sa demande de travailler, de se remettre en activité professionnelle, on l'orientera mi-octobre 2005 au Parchemin pour une évaluation de ses aptitudes. On projette également une orientation en appartement de transition. Les objectifs du départ seront : évaluation de son comportement dans un autre lieu que l'enceinte de l'hôpital, capacité à entendre les consignes et les horaires, évaluation de son rythme de travail, capacité à entrer en lien avec les autres. Il nous semblait qu'une accroche à l'extérieur permettrait peut-être de changer le regard des autres notamment des partenaires sociaux sur Monsieur R et lui

¹ SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation.

permettrait ainsi plus facilement d'accéder à un hébergement., qu'une prise en charge à la journée favoriserait son intégration sur l'extérieur.

Monsieur intègre le Parchemin [atelier thérapeutique du CPA] mi-octobre 2005, non sans difficulté. Il exprime beaucoup de plaintes somatiques notamment dentaires et quand le rendez-vous est pris, il n'y va pas, douleurs méningées...il revient prématurément au service plusieurs fois. Premier bilan au parchemin après un mois : met en évidence certaines difficultés, des angoisses, peur de ne pas réussir, fatigable parle de travail protégé. Manque de confiance en lui, néanmoins, il arrive à l'heure, il effectue un travail consciencieux, il est capable d'initiative. Une proposition lui est faite d'intégrer le Parchemin pendant 6 mois avec en parallèle un travail autour du relogement. Monsieur R se dit soulagé. On lui parle d'appartement de transition dans l'attente de place en foyer.

La CESF du Parchemin, lors d'évaluation à l'extérieur, le voit également très angoissé, a peur, angoisses, sueurs, n'a pas confiance en lui...

Peu après, je sollicite le CHRS qui refuse encore de reprendre Mr R malgré l'amélioration de son état de santé. Mr R intègre l'appartement de transition en décembre 2005, un peu dans l'urgence, suite à la libération d'une place. Il sort donc du service avec : Parchemin en journée, appartement de transition, suivi CATTP + CMP. Il partage un appartement avec deux jeunes psychotiques intégrés en logement depuis peu de temps également. Prise de rendez-vous CMP, achat semainier, visite appartement transition, explication du fonctionnement (soutien infirmier à domicile). Les quinze premiers jours se déroulent : intégration dans le logement, achat des courses, parle de difficultés de sommeil. Par la suite, Monsieur R commence à changer de comportement : revendique davantage, souhait de travailler en intérim pour gagner plus d'argent, souhait de constituer le dossier APL avant l'heure, devient exigeant, difficultés à accepter les remarques lors de mes entretiens au CMP. Quand on le replace dans le cadre de la prise en charge, de nouveau il entend, se détend.

Début janvier, s'absente du Parchemin, a des angoisses, fêtes de fin d'année passées seul... Sent l'alcool, parle de la famille, de la police..., du fait qu'il ait passé ses fêtes de fin d'année seul. Réunion au CMP en janvier 2006 : on hésite entre une fin de prise en charge du fait d'alcoolisation ou d'un recadrage dans sa prise en charge pour davantage prendre en compte sa souffrance, on s'oriente vers la seconde solution. Reposer le cadre : alcool interdit en appartement de transition, augmentation des VAD¹ suite à certaines difficultés au quotidien, prise de rendez-vous médecin généraliste à faire avec lui, liée à sa prise de SUBUTEX, maintien suivi social, remobilisation par rapport au Parchemin suite à absences ++ depuis son installation en appartement, 9 jours entre décembre 2005 et janvier 2006.

Néanmoins, la prise en charge de Monsieur R reste difficile, supporte mal l'intrusion dans son quotidien, il dit qu'il sait faire. Lors d'accompagnement dans l'achat de nourriture, a déjà fait ses courses la veille.

De janvier à fin février 2006 la prise en charge s'adapte, les infirmiers rentrent en lien avec Monsieur plus facilement, avec moi-même également, après un recadrage au début du suivi CMP où je le sentais très revendicatif quant à l'argent, le travail ..., s'apaise ensuite et parle mieux. En mars 2006, Monsieur frappe un colocataire, il est hospitalisé dans une autre unité. On se rend compte alors qu'il tyrannisait ses deux colocataires, s'alcoolisait dans le logement, leur faisait peur. La prise en charge hospitalière durera 15 jours. Une demande d'hébergement sera faite de nouveau par ma collègue : au CHRS, au SONACOTRA, dans une maison relais sur VILLEFRANCHE.

Monsieur R quitte l'hôpital en mars 2006 indiquant être hébergé chez un cousin. On le revoit une semaine après en demande d'ordonnance pour son traitement et d'un suivi C.M.P. Un rendez-vous lui est proposé, il ne s'y présente pas. La problématique de ce

¹ VAD : Visite A Domicile.

Monsieur est complexe : difficulté d'établir un profil le concernant, relève-t-il d'une structure sociale type CHRS ou davantage sanitaire, quel type de relais aurions-nous pu trouver à l'extérieur, le fait de s'axer sur l'après hôpital nous fait-il oublier la problématique de Mr R.

Ce qui m'a fait amener cette situation au Carrefour est qu'on est en présence d'un Monsieur en situation de précarité (au RMI) avec un parcours social complexe et plus ou moins désinséré, jamais pris en charge en psychiatrie. L'hospitalisation de Mr R a néanmoins désengagé tous les partenaires sociaux. Aucune réponse n'a pu être trouvée malgré l'assurance d'un suivi ambulatoire. On s'est retrouvé, en service d'entrée, à penser un projet sans aucune accroche extérieure avec un monsieur qui voulait rester sur Bourg. Pouvions-nous le contraindre à partir ? Tout en sachant que son choix limitait les opportunités, d'autant plus qu'il était connu sur un versant psychopathique. A-t-on encore les moyens de soigner Mr R avec ce sentiment que peu de personnes ne croient à une amélioration possible de son comportement, rejet des CHRS malgré une hospitalisation de 4 mois. C'est pour nous une hospitalisation longue pour un service d'entrée. La pression des services d'entrée à faire sortir des patients rapidement a-t-elle joué en la défaveur de monsieur, le fait qu'il n'ait pas de logement nous a-t-il empêché de construire un projet cohérent. L'équipe craignait du coup qu'il s'installe dans l'unité Cette proposition d'installation en appartement de transition avec le suivi tel qu'on peut le proposer correspondait-il à ses attentes ? (on a juste un peu manqué d'évoquer avec lui son histoire) et étions-nous dans la répétition ? De même, au Parchemin, les problèmes se sont posés quand il a eu son appartement et un besoin d'argent plus conséquent, le pécule ne correspondait pas à sa réalité. Et du coup revendiquait un droit à un emploi rémunéré, tout en disant qu'il ne se sentait pas en capacité de travailler dans le milieu ordinaire..... Aurions-nous pu trouver d'autres alternatives ? »

Une Assistante Sociale lors d'une réunion plénière du CSMP, 30 juin 2006.

A la lecture de ce récit d'expérience clinique, force est de constater que les institutions susceptibles de recevoir ceux qui n'ont plus rien ne manquent pas. CHRS, appartement relais, prison, centre de cure, chantier d'insertion, foyer, hôpital psychiatrique, appartement de transition, CATTP, CMP... la liste des institutions visitées par Monsieur R en six ans est tout à fait illustrative du parcours d'un certain nombre de personnes en situation de précarité pour qui, selon les cliniciens, les assises fondamentales de l'existence sont mises à mal (logement, accès aux droits, accès aux soins, intégrité physique et psychique, perte ou absence de statut). Tout se passe comme si le mode de vie des personnes enveloppées dans la maladie (ici il s'agit d'addictions) et dans la misère relevait pour l'essentiel de ce que Serge PAUGAM appelait la « carrière négative »¹ dans les institutions sociales de l'assistance.

¹ C'est nous qui faisons le lien avec cette notion proposée par Serge PAUGAM dans *La disqualification sociale* (1991) et qui insiste sur le fait que les exclus soient situés dans un « statut social spécifique, inférieur et dévalorisé, marquant profondément l'identité de ceux qui en font l'expérience ». L'auteur développe l'idée d'« identification négative de soi » qui entrerait dans le processus de précarisation. LE BLANC reprend également cette idée à son compte : « la plongée dans la précarité, puis dans la grande exclusion, désigne une carrière négative qui est le revers de la normalité sociale. La précarité commence comme une décompensation de la normalité elle-même. Elle détache ce qui a été péniblement attaché dans la longue et incertaine construction

Comme nous pouvons l'observer dans ce récit d'expérience clinique, l'assistante sociale reprend alors à son compte pour traduire cette carrière d'individus dont les assises fondamentales de l'existence sont mises à mal¹, le modèle « *de la perte des objets sociaux* » développé par le psychiatre et directeur de l'ORSPERE, Jean FURTOS. Ce modèle, élaboré en 2000, a accompagné depuis le début la construction de la démarche clinique du CSMP², il se trouve au cœur du corpus doctrinal de référence du CSMP.

Les objets sociaux, « c'est quelque chose de concret comme le travail, l'argent, le logement, la formation, les diplômes (la liste n'est pas exhaustive). On en a ou on n'en a pas. On peut aussi avoir peur de les perdre en les possédant encore, ou de perdre les avantages qu'ils sont susceptibles de procurer. Le rapport Wresinski, en 1987, avait insisté sur leur importance, car ils donnent "les sécurités de base" dont la perte amorce la précarité.

Un objet social, c'est quelque chose d'idéalisé dans une société donnée, en rapport avec un système de valeurs, et qui fait lien : il donne un statut, une reconnaissance d'existence, il autorise des relations, on peut jouer avec lui comme une équipe de foot joue avec un ballon ; quelquefois, l'objet susceptible d'être perdu est le terrain de jeu lui-même, c'est-à-dire l'aire culturelle, et alors tout peut basculer. La difficulté commence lorsque certains objets ne vont plus de soi, par exemple le travail et le salaire, dans une société post-salariale à précarisation croissante. Ainsi, la CMU officialise la perte de l'objet " travail " qui n'est plus désormais le passage obligé pour le droit à l'Assurance Maladie. »

FURTOS J., (2000), p. 23-32.

Selon ce modèle « *de la perte des objets sociaux* », « être sans », (sans papier, sans travail, sans domicile), ce n'est pas seulement « être en défaut de », c'est faire l'expérience de la perte du « être avec ». Selon les référents du CSMP, la misère qu'engendre cette perte, premier type d'atteinte qu'ils mettent en évidence à partir de l'ouvrage de Guillaume LE BLANC, va bien plus loin que le statut de défaut, elle organise la personne en situation de précarité selon la modalité de la privation. Selon Guillaume LE BLANC, « le précaire est un être pour qui la perte est sans réponse évidente, un être dont le seul espoir est suspendu à la perte de la perte. »³

Dans ce modèle psychosociologique de la perte, lorsque les individus perdent les propriétés sociales qui les constituent, les cliniciens considèrent qu'ils se dépossèdent progressivement

sociale de soi. Elle est pour ainsi dire une défaite dans le « faire » lui-même. » LE BLANC G., (2007), *op. cit.*, p. 14.

¹ *Ibid.*

² Cf. supra chap.1 *Le Carrefour Santé Mentale Précarité : l'émergence d'un collectif d'intervention auprès des personnes en « souffrance psychique »*.

³ LE BLANC G., (2007), *op. cit.*, p. 84.

d'eux-mêmes. Ce mouvement de dépossession de soi relative à la perte, à l'effondrement des propriétés sociales de l'individu, est ce que les référents du CSMP appellent, reprenant la catégorie de Guillaume LE BLANC, la misère.

Face à cette misère, nous observons chez les cliniciens de la précarité, et notamment dans le récit d'expérience clinique de Mr R, une recherche constante de restauration des propriétés sociales minimales de l'individu. A chaque perte, à chaque dépossession, le clinicien cherche quasi symétriquement à faciliter un « avoir ». Par exemple, pour Mr R, face à l'absence de domicile, il cherchera à faciliter l'accès au logement ; face au non recouvrement des dépenses de santé, il cherchera à faciliter l'accès aux droits (ici la CMU) ; face à l'incapacité de gérer son budget, il cherchera à mettre en place une mesure de curatelle ou de tutelle ; face à l'absence d'hygiène et de santé, il cherchera à faciliter l'accès aux soins. Même si l'accès aux propriétés sociales fondamentales est déjà fortement hypothéqué, les cliniciens de la précarité espèrent les voir se maintenir puis se renforcer par la mise en place de « projets », comme nous l'avons vu pour Emilio.

Enfin, nous observons une certaine ambivalence de la part des cliniciens, ici chez l'assistante sociale, à l'égard de cette logique de projet. Tout se passe comme s'ils étaient pris entre deux systèmes normatifs dont la problématique pourrait être résumée dans la question : « qui porte le projet ? ». Parfois, il s'agit de combler la perte en *redistribuant* des projets portés par l'institution et ses agents. D'autre fois, il s'agit de combler la perte en *reconnaissant* une singularité aux projets portés par la personne. Redistribuer et reconnaître apparaissent comme étant deux systèmes normatifs possibles traversant les pratiques cliniques lorsque les cliniciens sont confrontés à ce qu'ils appellent la misère.

II. Le cadrage clinique des jeunes et des personnes âgées : marginalité et empêchement d'agir

Récit d'expérience clinique n°3 : Monsieur H

« Originaire de la région parisienne, Mr H a perdu son père avant sa naissance, et n'a que des contacts téléphoniques avec sa mère. Il est le père d'une fillette de 7 ans qu'il ne voit pas. Il arrive dans la région en 2006, récemment sorti de prison semble-t-il. Sans ressources, il dit vivre du trafic de cannabis et boit depuis l'âge de 12 ans + autres addictions.

Organisation psychopathique à priori avec des hébergements toujours précaires, ne serait-ce que par renvoi des foyers d'accueil, il va très vite devenir un visiteur assidu du SAU, y passant parfois deux à trois fois par jour à l'occasion d'ivresses massives sur la voie publique, assorties d'éventuels traumatismes. On dénombre plus de trente passages depuis juillet 2006, les quelques pauses signalant les hospitalisations et les séjours hors département.

A partir du SAU, il sera soit gardé sur place, soit conduit en chambre de dégrisement, soit hospitalisé au centre hospitalier ou au CPA.

Son premier ancrage dans la région sera social auprès du CHRS où les liens font vite problème. L'hygiène publique devenant de plus en plus intolérante, chaque ivresse sur la voie publique le conduira au SAU. Il y rencontre l'alcoologue et ébauche un lien avec une psychologue du Centre d'Alcoologie. Avec la répartition des ivresses, l'hébergement sanitaire cède de plus en plus la place à la chambre de dégrisement, via le certificat de non hospitalisation.

Malgré les rendez-vous au Centre d'Alcoologie et malgré les pressions et soutiens éducatifs, rien ne change et avec l'insoutenance de la répétition on prend l'avis du psychiatre. Avec, bien sûr, en filigrane, l'idée d'une hospitalisation à la demande d'un tiers pour enfin mettre un cran d'arrêt.

Un tel y cédera, tel autre y résistera pour convaincre du résultat à moyen terme, se prenant même à espérer que les activités délictuelles de ce garçon lui offrent par l'incarcération le cadre et la durée impossibles à créer par ailleurs.

Le psychiatre sait qu'aujourd'hui, en l'absence de motivations fermes à se soigner, l'hospitalisation psychiatrique n'est qu'un bref passage, y compris avec une hospitalisation à la demande d'un tiers. »

**Dr ENCLIN, psychiatre, responsable du Centre d'Accueil Permanent du CPA,
le 31 mai 2007 lors de la journée organisée par le CSMP sur « l'impasse
psychosociale ».**

Fugueurs temporaires, adolescents fuyant leur famille, prostitués, drogués, sans-papiers, le déambulement des jeunes dans les institutions sanitaires et sociales est incessant. N'ayant pour la plupart pas encore l'âge de toucher le RMI, ils vivent, selon les cliniciens, de débrouille, de petits voire de gros trafics. « *Pourquoi chercher à se réinsérer alors qu'en dealant quelques grammes de shit, ou d'héroïne, certains de ces jeunes arrivent à gagner chaque mois trois fois le SMIC ?* », s'interrogent Mlle CLERC lors d'une réunion du Réseau Santé Mentale Précarité. Ils ont parfois commencé, grâce au conseiller en insertion de la mission locale ou une assistante sociale de secteur particulièrement persistante, des formations, des stages d'insertion ou des petits boulots, ici ou là. Mais très vite, ces insertions « furtives » ne tiennent pas et ils se retrouvent dans une nouvelle structure d'aide sociale. Là, on leur recherche un toit mais il n'est souvent pas facile de les loger. Accompagnés de leur chien, tatoués, percés de toute part, bon nombre d'hôtels sociaux refusent de les accueillir, nous précise Mme ODIAUX. « *La dernière fois, ils ont fait une rave partie dans la chambre qui était toute taguée* » a raconté le propriétaire d'un hôtel privé à l'écoutante du 115. Ils se retrouvent alors dans des squats où alcool et toxicomanie font bon ménage. Ce qui les amène un jour ou l'autre à rencontrer les services de l'hôpital psychiatrique. Monsieur H n'a que 24 ans, nous raconte le Dr ENCLIN, mais dit-il « *son histoire illustre de façon presque caricaturale l'impasse dans laquelle nous nous trouvons avec certains patients alcooliques*

dont la compulsion de répétition – que Freud assimilait à la pulsion de mort – met en échec toutes les tentatives d'aide et anéantit chez les aidants tout espoir d'évolution. »

La plupart des jeunes qui arrivent au CAP viennent d'un autre département, fuyant une énième institution, profitant pour les parisiens des festivités estivales de la province, ou encore sortant de prison. Ils ont déjà à leur âge perdu beaucoup de leurs amis, d'overdoses ou de maladies liées à l'usage des drogues (sida, hépatite). Monsieur H n'échappe pas à ce tableau, précise le Dr ENCLIN.

Les « jeunes marginaux », comme les appellent les cliniciens de la précarité, seraient pris dans une impasse et pourraient être considérés comme doublement marginaux. Acculés dans les marges, n'ayant comme issue pragmatique que l'insensé de la tentative de suicide, ils tentent de se réapproprier une enveloppe subjective et identitaire en déployant des actions rarement prises en compte car excédant la plupart du temps le seuil de normalité des formes d'action standart. Ainsi, même si leur agir créateur se traduit dans des formes d'action relativement proches de la normalité, le caractère créateur risque de ne pas être perçu ni même considéré. Comme le souligne Guillaume LE BLANC, « la marginalité peut être pensée soit comme un défaut social de créativité, soit comme un refus social de perception de la créativité des vies ordinaires. »¹ Déployant des actions perçues le plus souvent comme trop excessives, ils recherchent pourtant en permanence un brin de considération. Les « TS » à répétition, les « comportements à risque » (drogues, prostitutions, relations sexuelles non protégées) sonnent alors, comme le fait remarquer Mr HUNTER lors d'une réunion du RSMP, comme une créativité à agir qui n'a plus d'autres possibilités que de se déployer dans l'issue la plus désespérée ou la plus insensée et qu'il faut parfois savoir laisser émerger.

Extrait d'observation

« Dans notre secteur, il y a de plus en plus de jeunes toxicomanes. Ils ont des familles défaillantes, pas du tout étayantes, ni contenant, ces jeunes sont livrés à eux-mêmes. Mais il faudrait voir du côté des parents, c'est souvent de là que vient le problème. Pour eux, je dois trouver des CMP libres ou alors je les envoie vers le tribunal pour la jeunesse. Ce sont souvent des familles qui travaillent, ils sont complètement absents psychologiquement. L'image de leurs parents est ambivalente, ils vont chez eux pour se faire héberger mais il y a des conflits. Le problème c'est que les foyers sont complets, puis de tout de manière ils n'y restent pas longtemps, ils n'arrivent pas à tenir le cadre. Ces jeunes sont inscrits dans rien. Dans l'unité, on ne les entend pas, pas de révolte, rien, alors qu'il y a des psychotiques avec eux quand même. Il n'y a pas de demande, ne se projettent pas, ils sont comme morts psychologiquement, ils se démotivent

¹ LE BLANC G., (2007), *op. cit.*, p. 106.

pour tout, ils sont dans rien, motivés par rien du tout, c'est le vide autour d'eux, ça fait peur. Ils bouffent de la TV, c'est tout. Au bout de quelque temps, mais c'est rare, ils demandent parfois qu'on les écoute parler. [...] Ils sont dans la description de ce qu'ils vivent. Ils ne pensent pas trop on dirait, on ne les sent pas là, on a l'impression qu'ils s'abritent de quelque chose et si on les questionne, on a le sentiment qu'ils vont être mis dehors. »

Une assistante sociale, réunion plénière du CSMP, 28 avril 2006.

Les cliniciens perçoivent les actions extrêmes des marginaux comme ayant un caractère créateur indéniable qui n'est, selon eux, généralement pas reçu ni même considéré par le quidam. « *Tant qu'il est violent* » précise Mr HUNTER « *il existe encore et on peut essayer de faire quelque chose* »¹. Du coup, le travail des cliniciens consiste dès lors à tenter de pallier à ce défaut social de créativité. Comme le souligne Guillaume LE BLANC, « la précarité ne se contente pas de dissoudre l'agir créateur des existences en les privant des repères pragmatiques dont elles pourraient par la suite s'écarter pour les réaliser à leur manière, elle empêche de prendre en considération un tel agir créateur lorsqu'il s'aventure en dehors de tout repère, dans un hors norme radical imposé par la situation du précaire.»² D'après le psychiatre de Mr H, ce dernier ne posséderait plus la latitude lui permettant de jouer avec les normes qui règlent sa disposition à l'action ou, du moins, celle-ci serait de plus en plus limitée. L'appel à l'HDT ou à la loi (incarcération) montre que ce psychiatre a perçu la fragilisation des normes-étalons qui ont cours dans la vie de son patient et qui semblent dérégler cette disposition. Dans ce contexte, l'hospitalisation vise, dans la logique clinique ici à l'œuvre, à permettre aux personnes en situation de précarité de vivre réellement les écarts qui leur permettent d'accomplir les normes à leur manière ou, du moins, de chercher à reprendre pied dans les normes. Il s'agit de stopper ou tout de moins ralentir ce que les cliniciens appellent la « *descente infernale* » (Mr HUNTER) où l'on voit se perdre progressivement l'agir créateur de l'individu, dont la disparition ne cesse de s'accompagner de l'extinction des possibilités de s'extraire de ce processus.

¹ Extrait d'observation impliquée. Réunion du RSMP du 29 janvier 2007.

² LE BLANC G., (2007), *op. cit.*, p. 106.

Récit d'expérience clinique n°4 : Madame O

« Madame O, cette femme octogénaire vivait depuis plusieurs années avec sa fille, hébergeant aussi tel ou tel en situation précaire, ou elle-même hébergée par un tel. Les relations mère-fille sont orageuses avec violences mutuelles – plus que maltraitements de la mère comme certains ont voulu le croire – à l'aune d'une personnalité hystéroïde et caractéropathique chez Madame B. La précarité de son mode de vie, son refus d'intégrer une maison de retraite ou les échecs répétés de quelques tentatives de « placement » (y compris hôtel et CHRS), divers problèmes somatiques l'ont ainsi amenée au SAU ou à la porte du CAP quand le SAU l'y orientait.

La situation était inextricable, divers établissements sociaux refusaient de l'accueillir en raison de son comportement ou de celui de l'entourage (il y a même un signalement à l'autorité sanitaire) et les problèmes de santé ne justifiaient jamais un séjour hospitalier autre que bref.

Elle a longtemps fait la navette entre « domicile », hôpital général, hôpital psy, centre de convalescence, son généraliste la réadressant même aux urgences pour une bronchite banale dès son retour de maison de repos avec, bien sûr, cette formule imparable « pour placement car maintien à domicile impossible ». Au milieu de tout cela, elle-même rêvait d'être épousée par l'Amiral un jour rencontré chez sa fille.

Un nouveau séjour « abusif » en psychogériatrie se terminera sur un retour au domicile de l'ami de la fille, mais avec des visites à domicile à peu près acceptées. Puis, après un blanc de quelques mois, elle réapparaît au CAP (à l'occasion de menaces ou crises diverses), adressée par une maison de retraite où elle semble s'être enfin posée et où se remettent en place les visites infirmières.

Je n'ai pu trouver quelque information sur ce revirement. Y a-t-il un lien avec le séjour en psychiatrie, avec le retour au domicile ? Est-ce la tutrice qui a pu obtenir ce changement ?

Pour l'heure, les choses perdurent, mais Madame B. évoque déjà son départ pour une autre maison... moindre mal peut-être.

Telles situations sont ingérables dans l'urgence et donc aux urgences, elles débouchent presque toujours sur une alternative hospitalière faute de mieux.

Ceci me permet d'évoquer le comportement scandaleux adopté de temps à autre par quelques maisons de retraite qui, adressant leur pensionnaire aux urgences pour des motifs parfois minimes, signifient que celui-ci ne pourra y revenir, qui se voit ainsi ... avec armes et bagages à changer de lieu de soins, de lui trouver un autre lieu de vie. Tant à faire payer au patient le prix de cette maltraitance, le service d'accueil se trouve instrumentalisé à devenir procédurier. »

Dr ENCLIN, (également) psychiatre du Service d'Accueil d'Urgence de l'hôpital « Fleuriat », le 31 mai 2007 lors de la journée organisée par le CSMP sur « l'impasse psychosociale ».

Pour les personnes âgées, les places dans une pension de famille, un centre d'hébergement pérenne, une maison de retraite sont rares et chères. Les centres de soins restent souvent la seule possibilité d'accueil pour les plus démunis. Les équipes soignantes se battent alors pour trouver un lieu d'accueil, essayant de faire passer le dossier en tête de la liste d'attente de tel foyer ou de telle maison de retraite. Mais, bien souvent et comme ils l'ont toujours fait, ces « PA »¹ de la rue refusent de quitter leur sans domicile pour un ailleurs entre quatre murs dont

¹ « PA » dans le jargon pour Personnes Agées.

ils ont fait le deuil depuis longtemps. Toujours selon les cliniciens, ils arrivent donc contraints et forcés dans ces maisons qui freinent déjà pour les accueillir et qui profitent du moindre argument pour les remettre dans le circuit, au bas de la liste d'attente. Les petites violences se transforment alors en agression sur le personnel voire en harcèlement moral¹, les fugues deviennent des errances pathologiques liées à un Alzheimer plus ou moins tardif, on ne sait pas trop mais « *cela concerne un autre Centre Spécialisé* »².

Selon la théorie de Guillaume LE BLANC, pour cette figure de la précarité qu'est la marginalité, la fragilisation de soi dans les normes semble entraîner irrémédiablement une fragilisation de la capacité créatrice du soi. « Obsédé par la répétition des standards qui confèrent encore une réelle visibilité à « sa » vie, le précaire s'interdit les écarts qui lui permettraient d'accomplir les normes à sa manière ou, du moins, de chercher à reprendre pied dans les normes. Il voit se perdre son agir créateur, dont la disparition ne cesse de s'accompagner de l'extinction de ses arts de faire. »³ Ne trouvant plus de justification sociale pour exister, le « jeune marginal », comme la « vieille folle », errent dans les normes sans vraiment pouvoir s'y arrimer. Ils entrent alors dans un processus de dépersonnalisation qui est, comme les référents le précisent, reprenant FERENCZI⁴ à travers la lecture de l'ouvrage de Sylvie QUESEMAND ZUCCA⁵, un processus traumatique : le traumatisme est « équivalent à l'anéantissement du sentiment de soi, de la capacité de résister, d'agir et de penser en vue de défendre son soi propre »⁶. L'agir créateur mobilisé par cette figure de la précarité entre d'autant plus dans un tel processus que l'individu tend à être frappé d'isolement. Les cliniciens pensent alors que la personne en situation de précarité se marginalise en même temps que sa capacité à s'écarter des normes est de plus en plus compromise. Comme le souligne Guillaume LE BLANC, « elle risque de ne pas être reconnue dès lors que le hors norme créateur du précaire n'est plus dans un rapport audible

¹ Lors d'une présentation d'une situation clinique, en réunion plénière du CSMP, effectuée par une psychiatre du service de psycho-gérontologie du CPA, celle-ci n'a pas hésité à exprimer son indignation devant la pratique de certaines maisons de retraite qui mettraient à la porte systématiquement environ 15% de leurs résidents. Pour ce faire, le personnel de ces maisons de retraite recevrait l'ordre « *de pousser à bout* » les résidents, qui lorsqu'ils se rebelleraient, seraient étiquetés de troubles du comportement voire de démence, puis seraient envoyés au CPA. La maison de retraite pourrait alors continuer à encaisser le forfait journalier du résident pendant son séjour à l'hôpital psychiatrique.

² Situation rapportée par un travailleur social lors d'un Espace Rencontre avec un CHRS de Bourg-en-Bresse.

³ LE BLANC G., (2007), *op. cit.*, p. 107.

⁴ « « Dès lors que la quantité et la nature de la souffrance dépassent la force d'intégration de la personne, alors on se rend, on cesse de supporter, cela ne vaut plus la peine de supporter, on se fragmente en morceaux. Je ne souffre plus, je cesse même d'exister tout au moins comme moi global », explique Ferenczi. » QUESEMAND ZUCCA S., (2007), *op. cit.*, p. 115.

⁵ Mr TABARY a présenté l'ouvrage de Sylvie QUESEMAND ZUCCA en deuxième partie de réunion plénière le 29 juin 2007.

⁶ FERENCZI S., (2006), *Le traumatisme*, Paris, Payot, p. 33.

avec les normes qui sous-tendent le commun des vies. »¹ Le marginal voit ainsi se détériorer son agir créateur en même temps que les justifications sociales de soi s'effacent. Toute résistance à la précarité se retrouve de fait également amoindrie. A travers l'isolement progressif et la perte de l'agir créateur, le processus de précarisation semble ainsi compromettre à terme l'enveloppe narrative du « soi ». Ils perdent non seulement leur capacité de s'adresser à, et également leur capacité à « rassembler » leur vie dans un récit de vie. Nous faisons nous-mêmes le lien avec le sentiment que ressent un certain nombre de cliniciens de la précarité, de recevoir à chaque visite de ces personnes, un morceau, une bribe de l'individu et de son histoire (cf. le récit d'Emilio). Adresse et narration de soi sont progressivement démantelées au fur et à mesure que la précarisation détache l'individu de ses supports normatifs.

III. Le cadrage clinique des malades mentaux et des sans-papiers : mépris social et posture narrative impossible

Récit d'expérience clinique n°5 : Madame F

« Début avril 2006, Madame F passe la porte du CMP ; elle est habillée correctement, possède un gros sac à dos. Elle n'a pas de demande précise, dit simplement être envoyée par l'AS du CMS, qu'elle est en ville depuis la veille. Devant ce tableau quelque peu énigmatique, nous lui proposons un entretien infirmier en immédiat, ce qu'elle accepte volontiers.

A noter que les entretiens de première intention sont pratiquement toujours réalisés par deux infirmiers (ou un CIP et un infirmier) le jour même ou plus tard le lendemain, et suppose donc une disponibilité des soignants ainsi qu'une souplesse de fonctionnement.

Le début de cet entretien sera difficile, Madame F. restant sur sa réserve et demeurant tout aussi mystérieuse et énigmatique. L'entretien deviendra rapidement directif, Madame F ne parlant pas spontanément mais répondant finalement assez facilement à nos questions.

Nous apprendrons donc les éléments suivants : elle habitait Bordeaux jusqu'à présent, elle était « suivie » par un psychiatre depuis un séjour à l'hôpital psychiatrique, elle voulait aller en Suisse rejoindre son ex-compagnon mais avait été refoulée à la frontière. Les raisons de ce départ subit étaient floues : « ses voisins, les gens dans la rue lui voulaient du mal, parlaient d'elle sans cesse, certains voulaient même la tuer ». Elle avait également des insomnies. Depuis qu'elle était en ville elle se sentait mieux ; plus personne ne parlait d'elle.

Elle nous parle aussi d'un traitement neuroleptique dont elle ne se rappelle pas le nom, mais que, de toute façon, elle ne prend plus depuis des mois. Après cet entretien, nous avons finalement assez d'éléments pour émettre l'hypothèse suivante : voyage pathologique effectué par une patiente atteinte d'une psychose chronique. Nous demandons l'avis du médecin psychiatre du CMP qui la verra également en consultation le jour même.

Entre notre entretien et la consultation, nous appelons Bordeaux et arrivons à joindre le psychiatre qui la connaît très bien et qui nous confirme le diagnostic de

¹ LE BLANC G., (2007), *op. cit.*, p. 107.

schizophrénie paranoïde, et nous énonce les différents traitements qu'il lui a prescrits. Nous arrivons à joindre également ses éducateurs à Emmaüs et l'équipe infirmière qui nous donnent de précieux éléments à savoir que cette dame, malgré sa maladie, avait réussi à trouver un équilibre social, qu'elle alternait des moments difficiles et des phases où elle allait plutôt bien. Cette patiente bénéficie de l'AAH depuis plusieurs années et loue un appartement sur Bordeaux.

Lors de la consultation au CMP, le médecin lui a prescrit un neuroleptique (SOLIAN) que Madame F accepte afin de prévenir, me dira t-elle, une éventuelle rechute. Une autre consultation est prévue ainsi que des entretiens infirmiers afin de maintenir le lien.

Hormis ce voyage que l'on peut qualifier de pathologique, le comportement de Madame F n'est pas inquiétant et ne justifierait pas une hospitalisation sous contrainte : discours adapté, refuse HL. Elle a trouvé un hôtel qu'elle paie avec son AAH et s'occupe du transfert de son dossier administratif. Notre objectif au CMP est de créer un lien, de l'aider dans ses démarches de recherche de logement, l'accompagner dans une éventuelle rechute. Elle vient nous voir plusieurs fois par semaine durant 3 semaines. La précarité de sa situation au niveau logement nous préoccupe et nous fait craindre une rechute psychiatrique.

Au bout de 3 semaines, le patron de l'hôtel la met dehors et elle se retrouve à la rue. Malgré nos démarches auprès des hébergements d'urgence de la région, que nous avions d'ailleurs entamées dès son arrivée, nous n'obtenons rien étant donné que nous ne sommes plus en période hivernale.

Après quelques jours de squat, notamment à la gare de la ville, l'état de Madame F se dégrade rapidement puisqu'elle est aperçue par des membres de l'équipe soignante parlant seule ou haranguant les passants d'une manière inquiétante.

Nous nous demandons à ce moment-là si l'intervention d'une équipe mobile de psychiatrique ne serait pas opportune car Madame F ne se présente plus au CMP.

En tout cas, l'issue la plus favorable nous semble être une hospitalisation sous contrainte, que nous ne pouvons nous-mêmes initier.

Il nous semble que sur ce cas précis, le problème social a largement contribué à accélérer le processus de rechute et faire se dégrader l'état de santé de Madame F.

A ce jour, et renseignements pris, Madame F n'est pas hospitalisée au CP, n'est pas retournée à Bordeaux. Elle aurait été reçue dans un CHRS du département pour une demande de logement d'urgence et s'apprêtait à aller dans le Jura. »

**Un Cadre Infirmier de Proximité,
réunion bureau du CSMP, 19 mai 2006.**

Selon Mr TABARY, les psychotiques ont toujours été comptabilisés dans la population des exclus ou des précaires¹. La maladie mentale, qu'elle prenne la forme de délire chronique, de psychose hallucinatoire, de psychose infantile (autistique ou non), d'addiction, de dépression, de phobie, de névrose d'angoisse, ou de trouble obsessionnel, est souvent là bien avant que l'individu vive la précarité. Soignés pour ces symptômes, les malades mentaux se retrouvent « chronicisés » dans les Centres Médico-Psychologiques et les Hôpitaux de jour. « Stabilisés », ils acceptent généralement le lien avec les équipes de ces structures. Parfois cependant, il existe ce que les cliniciens appellent des « échappées » et quelques patients,

¹ Entretien individuel avec Mr TABARY.

comme l'exemple de Madame F, se retrouvent à des centaines de kilomètres de leur lieu de soins, vivant comme à l'accoutumée, au jour le jour. Ils sont souvent assez âgés et ne veulent plus, pour la plupart, entendre parler de psychiatre et d'hôpital psychiatrique. Leur passé dans de vieux asiles psychiatriques où l'ingestion de psychotropes fortement dosés les a pour beaucoup rendu méfiants des lieux qu'ils reconnaissent eux-mêmes comme étant « pour les fous ». On les aperçoit souvent dans la rue, se débattant avec leurs voix comme s'ils reconnaissaient dans un passant invisible un familier auquel ils en voudraient. Les infirmières du CAP disent être souvent frappées de la justesse de leurs propos, de la finesse avec lesquels ils peuvent décrire un événement de leur vie, une activité partagée avec un autre, un moment où ils ont travaillé, leur relation avec leurs parents... autant de bribes morcelées d'une biographie qui leur est impossible de tenir cohérente. Les malades mentaux en situation de précarité restent généralement familiers aux équipes sanitaires et sociales, comme ils le sont également avec les commerçants et les habitants du quartier. Il n'est pas difficile, telle l'équipe infirmière de ce CMP (dans le récit ci-dessus), de remonter la trame des liens qu'ils entretiennent avec les institutions qui les prennent en charge. Ils sont souvent mieux insérés qu'un SDF « normal », tant que leurs délires restent inoffensifs, qu'ils ne boivent pas et que leurs passages à l'acte sont maîtrisés, généralement par les médicaments. Ils provoquent souvent le sourire des passants. Tout se passe comme s'ils arrivaient à soigner la culpabilité que ressentent riverains et badauds qui les côtoient, jusqu'à ce qu'un enfant se mette à pleurer en les voyant ou pire, se mette à leur jeter des pierres. Le « fou du village » fait alors l'expérience de ce mépris social ancestral qui, tout en faisant partie de l'économie locale, vit une solitude immense. Avec le temps, désocialisation et psychose s'entremêlent et les cliniciens disent ne plus savoir très bien si le symptôme observé est l'expression du malade ou du grand exclu. Les psychiatres qui les suivent depuis dix, vingt et parfois trente ans ne se soucient d'ailleurs plus tellement du diagnostic, qui a fait l'objet de tellement de discussions en équipes voire parfois lors de séminaires ou de colloques, qu'il en est devenu stérile. L'impossibilité de soigner définitivement ces malades mentaux qui n'entrent dans aucune nosographie classique a fait généralement travailler les cliniciens sur leur sentiment de toute puissance et son corollaire, le sentiment d'impuissance, jusqu'à ce que finalement le deuil de guérir soit fait et que le mot « chronicisation » ait parcouru son chemin dans la pratique du soignant. « Un patient chronicisé est un malade guéri » diront alors certains¹ tant la

¹ Note personnelle. Propos d'une infirmière participant à l'Espace Rencontre CHRS-CMP du CHRS le « FAR » lors d'une observation effectuée au CMP « L'Adresse », 18 juillet 2006.

stabilisation de la maladie est un parcours long et périlleux qu'il est déjà bien louable d'avoir atteint. Le deuil du soin laisse bien souvent la place à un « prendre soin » qui consiste alors à maintenir les liens tissés par le malade dans son quotidien. Il s'agit de composer avec ce qu'amène le malade, avec sa part « folle » qui fait sourire le badaud mais rire jaune le clinicien qui sait quelle souffrance se cache derrière tant de dérision.

Récit d'expérience clinique n°6 : Madame M

Début du mois de janvier 2006. Une femme d'environ 35 ans entre dans la salle d'accueil du Centre d'Accueil Permanent. Ses vêtements sont épais, ses traits sont tirés, on dirait qu'elle vient de loin, qu'elle a traversé un bout de monde pour arriver jusqu'ici. L'infirmière qui l'accueille lui propose de patienter quelques minutes, un médecin et une infirmière vont la recevoir. Elle ne parle pas français, seulement quelques mots d'allemand, elle propose d'appeler un ami pour jouer le rôle d'interprète.

Trois heures plus tard, l'ami arrive, le médecin et l'infirmière vont pouvoir la consulter. Madame M est adressée par les urgences de l'hôpital général pour une consultation, les examens somatiques n'ont rien montré. Originaire des pays de l'Est, Madame M est en attente d'une décision pour sa demande d'asile politique. Elle est arrivée en France il y a deux semaines avec son mari et son fils de 18 ans. Sa fille de 19 ans est restée en Yougoslavie. Madame M et sa famille auraient vécu en Allemagne de 1999 à 2002 et auraient été expulsées d'Allemagne suite à une erreur juridique... Pendant cette période, le mari aurait été hospitalisé pour un épisode psychotique. En 2004, de retour dans leur pays, Madame M aurait été agressée sexuellement et violente avec une arme blanche. Cette agression aurait été suivie d'une hospitalisation en 2005 pour dépression et état de stress post-traumatique. Quelques mois plus tard la famille M reprenait la route pour arriver dans un CADA à Hauteville. Elle est accueillie au SAU dans le cadre du plan grand froid. Depuis quatre jours, Madame M ne semble pas bien, agitée, isolée, peu intégrée avec les autres résidents, elle se plaint de douleurs diffuses, de tremblements, de vomissements, d'une fatigue intense, d'insomnie, d'irritabilité, et dit pleurer souvent. A la fin de cette première consultation, le médecin vérifie l'ordonnance faite à Fleyriat et lui donne les coordonnées du CMP de Hauteville. La patiente rentre au SAU.

Mars 2006. Madame M se présente à nouveau dans la salle d'accueil du CAP. Elle est accompagnée par son ami. Elle est envoyée par l'ALATFA¹. Le plan grand froid est terminé, la famille M vient d'être expulsée du foyer où elle vivait. Etrangement, on en apprend un peu plus sur son parcours... thérapeutique. Elle décrit très bien des crises anxieuses avec somatisation (migraines, gastralgies, prurit). Elle demande aujourd'hui un certificat attestant ses troubles afin de pouvoir bénéficier d'un hébergement... à l'hôpital. Force est de constater, que Madame M a effectivement un traitement à prendre et il ne faut pas être grand clinicien pour penser que la situation actuelle ne fera probablement que majorer ses troubles anxieux. Le médecin décide donc de rédiger un certificat attestant des troubles de... l'adaptation... et préconise un « RAD », dans le jargon « Retour A Domicile »... mais quel domicile ?

Avril 2006, Madame M se présente à nouveau au CAP, elle n'est pas accompagnée par son ami, ce sont les pompiers qui l'amènent suite à une crise d'angoisse à expression somatique. L'entretien se déroulera en Allemand (plus ou moins maîtrisé de part et d'autre) et portera moins sur les troubles psychiatriques que sur le problème

¹ ALATFA : Association Logement et Accueil des Travailleurs et Familles de l'Ain.

d'hébergement. Madame M se sent flouée. Voyant que d'autres familles sont « transférées » par le principal hébergeur du département, elle ne comprend pas pourquoi son cas à elle n'est pas pris en compte... son domicile, à elle et à sa famille, c'est la rue. Elle a bien compris que sa famille ne répondait pas aux « critères d'urgence » (enfants en bas âge notamment) qui permettraient d'être hébergé en foyer, alors que faire ? Elle évoque de nouveau le viol qu'elle a subi dans son pays et les difficultés qu'elle ressent encore aujourd'hui à s'en défaire. Elle demande alors au médecin un deuxième certificat, le premier n'ayant apparemment pas suffi. Pour le médecin, la demande n'est pas qu'utilitaire, la souffrance de cette personne est belle et bien réelle, le passage à l'acte contre l'administration n'est pas à écarter. A partir de ce diagnostic, le médecin décide d'appeler différentes structures sociales et de partir elle-même à la recherche d'un hébergement pour cette famille. L'organisme qui gère les foyers du département lui répond qu'il n'est pas possible d'héberger cette famille en dehors d'être imposée par la DDASS. Du côté d'un premier CHRS, il n'y a plus de possibilités car ce sont des demandeurs d'asile. Du côté d'un second CHRS, il n'est plus possible d'héberger ni les femmes, ni les demandeurs d'asile. Et le 115 est injoignable... que faire... Le médecin décide de mettre Madame M en observation au CAP pendant une nuit.

Le lendemain, le médecin reprend son téléphone. Appel à la préfecture qui confirme que le dossier de demande d'asile est en cours, et rassure un peu tout le monde en disant que le dossier est en liste prioritaire. Nouvel appel au 115 qui est joignable mais qui ne sait pas vraiment quoi faire sauf proposer que cette famille rencontre une assistante sociale de la mairie... Face au tableau clinique (idées de mort qui commencent à émerger et majorées du fait de la précarité de la situation, cauchemars, angoisse) le médecin propose un temps d'hospitalisation à Madame M. Mais elle ne préfère pas rester. Afin de tenter de maintenir un lien avec elle, le médecin lui propose de revenir dans un mois pour une consultation de « réévaluation » et éventuellement le renouvellement de son ordonnance, et lui précise qu'elle peut revenir également en cas d'urgence. Le médecin écrit un nouveau courrier au médecin inspecteur de la DDASS expliquant la situation.

Quinze jours plus tard. Le CAP reçoit un appel d'un foyer du département. Apparemment, Madame M et sa famille auraient été relogées dans ce foyer mais le responsable ne comprend pas pourquoi Madame M « n'a pas de papiers », entendant par là une ordonnance... ??? Le médecin explique alors que l'ordonnance de Madame M n'est en effet plus valable et que vu que le relogement a été effectué dans une autre ville du département, il paraît plus indiqué que Madame M prenne un rendez-vous avec un généraliste sur place pour le renouvellement de son ordonnance et pour démarrer un éventuel suivi. L'équipe soignante lui conseille également de prendre contact avec le CMP le plus proche.

Mai 2006. Madame M arrive au CAP, avec son mari et une amie parlant peu le français pour la même décompensation anxio-dépressive réactionnelle. La situation administrative de la patiente reste toujours très compliquée. La patiente aurait fait un malaise la veille, lors de son rendez-vous à l'OFPRA¹ à Paris, malaise qui semble apparaître de manière récurrente depuis quelques temps. Elle présente à nouveau tout un ensemble de symptômes avec des douleurs abdominales et des sensations d'oppression thoracique qui font dire au médecin que la présentation est certes théâtrale mais la souffrance bien authentique. Selon son amie, Madame M aurait aujourd'hui des idées suicidaires devant la situation désespérée qu'elle vivrait et elle ne prendrait pas tout le temps ses médicaments. Madame M reste en observation au CAP pendant la nuit.

Le lendemain, Madame M semble moins agitée, elle n'a pas fait de malaise, elle se plaint encore de douleurs. L'observation est prolongée une nuit de plus.

¹ OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides.

Le surlendemain, Madame M semble aller mieux, le médecin juge qu'il n'y a pas nécessité de l'hospitaliser. Madame M accepte de prendre contact avec le CMP de Bourg et souhaite sortir du CAP.

Une semaine plus tard. Madame M revient au CAP pour renouveler son traitement. Elle est accompagnée par son mari. Elle et sa famille ne vivent apparemment plus dans le foyer suite à un conflit avec un des responsables du centre à propos du fait qu'elle ait demandé à voir un médecin et que cette demande lui aurait été refusée... Elle serait toujours en attente d'une réponse de l'OFPRA. Visiblement à bout, son mari prendrait ses médicaments à elle. Madame M souhaiterait que son mari soit consulté également, ce qui sera effectué avec un autre médecin. Son ordonnance renouvelée pour un mois et son mari consulté, Madame M repart avec un RDV au CMP pour le mois suivant... le personnel de l'hôpital ne la reverra pas.

Recueil de situation effectué par nous-mêmes à partir d'un entretien auprès d'une interne en psychiatrie du CAP et suite à la lecture du dossier médical de la patiente, 27 juin 2006.

Selon l'interne en psychiatrie que nous avons rencontrée ainsi que l'équipe infirmière du CAP, une des caractéristiques qui leur apparaît la plus marquante dans le traitement clinique des sans-papiers, est l'attente. Le temps passe lentement pour les sans-papiers. Que ce soit sur le trottoir, dans un service d'urgence ou dans un foyer, ils attendent. Leur voyage a souvent été long, transitant de pays en pays avant d'arriver à destination. Ruinés parce qu'ayant économisé de long mois pour s'offrir leur migration, pour fuir les famines, les guerres civiles, la mafia locale ou l'absence de soins primaires, ruinés parce qu'ayant tout abandonné, parfois dans la précipitation, suite à une attaque ou à un danger de mort imminent, ils sont aujourd'hui dépendants de circuits administratifs dont les lenteurs les obligent à patienter dans des no man's land perdus au milieu de nulle part. Violés, brutalisés, humiliés, parfois atteints de maladies graves (sida, hépatite, tuberculose), les « sans-papiers » arrivent souvent aux urgences de l'hôpital psychiatrique. Des listes d'attente aux urgences, des urgences aux salles d'attente... Cela fait partie du circuit, à tel point qu'il devient certaines fois difficile pour l'équipe médicale, comme nous le rappelle le psychiatre du CAP, de faire la part entre le trouble psychiatrique réel et la simulation en vue de profiter d'un papier ou de quelques nuits d'hospitalisation, quelques nuits d'hospitalité hors de ce circuit. L'ignorance de la langue du pays d'accueil s'ajoute très souvent aux effets de déréalisation et de dépersonnalisation. Il n'est pas aisé de savoir, dans de tels contextes pour le psychiatre, si le délire observé est réactionnaire à une migration qui a duré parfois plusieurs années ou à un traumatisme précédant la migration. En foyer ou dans certain CHRS spécialisé, les « sans-papiers » sont souvent rejetés des autres SDF qui leur reprochent de prendre leur place. D'hôtel en hôtel, de petit boulot en petit boulot, ils restent des fantômes aux yeux de tous car suspendus à l'attente de leur régularisation. Sans identité, sans nom, écorchés dans leur être le plus intime,

empêchés dans leur socialisation, ils apparaissent et disparaissent ici ou là, font la manche ou la une des journaux.

Pour les référents du CSMP, les différentes situations évoquées ici convoquent la figure du mépris, telle qu'elle est proposée par Guillaume LE BLANC, dans le sens où elles sont caractérisées par l'« invisibilité » des individus en situation de précarité. Bien qu'ils soient constitués de chair et de sang, le « fou » comme l' « être sans », dont les cliniciens nous ont déjà parlé plus haut, semblent être bien souvent aux yeux de tous, perçus comme étant transparents. Soit qu'ils ne souhaitent pas les voir, précisent les cliniciens, soit qu'ils les regardent directement à travers eux en plaquant sur eux leurs propres valeurs et principes normatifs. Etrange regard qu'est alors celui de tout le monde, parfois aussi celui des cliniciens, dont une disposition intérieure ne leur permettrait pas de voir la personne qui se tient debout devant ou à côté d'eux. Tout se passe comme si le regard n'arrivait pas à accrocher non pas à une non-présence physique mais plutôt à une non-existence au sens social du terme. Le mépris s'exerce ici pour les cliniciens dans le fait que le tout-venant se comporte comme si la personne n'était pas réellement là, comme si elle n'était pas dans le même espace.

Extrait d'observation impliquée. Réunion plénière du CSMP du 30 juin 2006, situation évoquée de manière informelle autour d'un café, l'infirmière critique l'orientation qu'elle a fait de cet homme vers un CHRS sans avoir pu l'accompagner.

Une infirmière du Centre d'Accueil Permanent (CAP) du CPA raconte qu'un jour se trouvait un homme au milieu du parc de l'hôpital, seul assis sur un banc. Au bout de quelques heures, hésitant entre culpabilité de ne pas aller au devant de l'inconnu et culpabilité de laisser son poste, cette infirmière se décida à aller vers cet inconnu qui visiblement n'avait pas compris qu'il ne s'agissait pas d'un banc public et qu'il devait passer par le Centre d'Accueil Permanent pour « entrer » dans l'hôpital, au sens symbolique comme au sens propre. L'homme était grec et ne parlait pas du tout le français, à peine quelques mots d'anglais partagés avec l'infirmière, qui elle aussi avait quelques difficultés à exprimer ses pensées. Au bout de quelques échanges, l'infirmière tenta de signifier à l'homme qu'il pouvait aller dans un CHRS pour s'abriter et se nourrir. Celui-ci sembla comprendre, se leva et partit sur la route qui menait vers la ville et où se trouvait le CHRS. Le lendemain matin au CAP, le journal local fraîchement parvenu annonçait qu'un homme grec avait été arrêté pour vol dans un supermarché entre le CAP et le CHRS indiqué. Il était aujourd'hui incarcéré.

Il est intéressant de noter dans les situations évoquées ci-dessus comment le professionnel qui « regarde au travers » se conduit activement dans l'acte de non-perception. Cela peut être une inattention anodine en adressant la personne vers une institution qu'elle ne connaît pas, cela peut être le fait d'utiliser un langage standardisé incompréhensible pour la personne soit du

fait de sa trop grande technicité soit du fait du nombre important d'abréviations qui le composent, ou encore cela peut tout simplement être le fait de laisser patienter sur des listes d'attente ou des salles d'attente toutes deux interminables des personnes qui n'en comprennent ni les tenants ni les aboutissants. Ces exemples sont des cas d'un seul et même type, parce qu'ils ont en commun d'être des formes d'invisibilité au sens figuré et métaphorique. Les individus qui vivent ces situations ne peuvent y voir que des signes d'humiliation et se sentir comme n'étant pas perçus. En adressant une personne vers une autre institution, bien souvent le clinicien donne à voir une disponibilité cognitive en rapport avec les procédures qu'il connaît bien alors que l'individu qui se trouve en face de lui attend généralement une disponibilité motivationnelle (de sourire, d'encouragement). La précarité détache alors l'individu de ses supports normatifs et des effets que ces derniers entraînent habituellement sur l'autre.

Aujourd'hui, l'absence de possibilité de reconnaissance de la singularité des places occupées par les individus en situation de précarité, reconnaissance nécessaire pour qu'ils se hasardent à s'adresser à d'autres individus, propulse leur agir créateur dans une déréliction narrative qui n'a pas d'autre issue que la rumination d'une fable hallucinée de soi (Mme F haranguant les passants), ou encore que l'échappatoire dans une solitude irréversible (Mme M) qui les confrontera, à plus ou moyen terme, à la loi (le grec). Objet du mépris social, le déni de reconnaissance qui est exercé sur lui, par les passants comme par certains soignants, entraîne des blessures morales qui prennent la forme d'humiliation, de harcèlement, de violence, de rejet, corrélative à la non prise en compte des postures présentées ou des idées introduites. Comme le souligne Guillaume LE BLANC « la conséquence directe du mépris social prolongé est la déstabilisation des récits des vies ordinaires au travail, dont l'effet ultime risque d'être la perte de la voix, laquelle peut de moins en moins dire à autrui ou se dire et devient alors une voix solipsiste, une voix presque muette à force d'être une vie qu'on n'entend plus. »¹

Face à cette invisibilité sociale et ces voix que les cliniciens disent ne plus entendre, ces derniers se mettent en position d'écoute, une écoute du faiblement audible, du peu accessible. Cette écoute permet de reconnaître la singularité biographique de l'individu (son parcours historique, son parcours de migration) lui permettant d'accéder à une prise de posture

¹ LE BLANC G., (2007), *op. cit.*, p. 109.

narrative. Elle peut être médiée par un tiers (les autres professionnels du réseau, l'interprète), comme si elle seule pouvait relier les différentes attaches de l'individu. Le déni de cette prise de posture entraînerait, pour les cliniciens, tout un ensemble de préjudices sociaux et moraux dont le sentiment de honte en est une des conséquences directes¹, des expériences de mépris et d'humiliation qui ne peuvent être sans conséquences pour la formation de l'identité de la personne en situation de précarité.

¹ « La honte est en quelque sorte le dernier appel aux autres, avant que « les miroirs ne disparaissent », comme le disait Xavier Emmanuelli : « Lorsque je suis arrivé à Nanterre, je ne comprenais pas pourquoi ces grands exclus étaient incapables d'exprimer leurs douleurs, et je me suis dit qu'ils avaient perdu la représentation de leur corps. Alors j'ai eu l'idée de placer des miroirs dans la salle d'attente et dans mon cabinet, afin d'observer ce qui allait se passer. Et j'ai vu : les gens passaient et faisaient très attention à ne pas se laisser piéger par les miroirs, et leurs images dans les miroirs. Ils fuyaient l'image d'eux-mêmes. Sauf les grands malades psychotiques, qui restaient littéralement collés, adhésifs aux miroirs. Et j'ai eu cet adage : dans la grande exclusion, les miroirs sont en panne. » [« Dehors en attendant demain » France culture, 2005.] » QUESEMAND ZUCCA S., (2007), *op. cit.*, p. 108.

IV. (Reprise) La « souffrance psychique » dans la théorie de la clinique psychosociale : une conjugaison d'atteintes à gravité variable

Ce chapitre nous a permis de mettre en évidence que, pour les référents du CSMP, en tant qu'expérience de la misère, de la marginalité et du mépris, la précarité peut s'arc-bouter sur la vulnérabilité de toute vie. La précarité, qui peut se révéler dans la maladie, la vieillesse, la migration, dans la précarisation des conditions de travail, de logement, encore dans la paupérisation des relations sociales, atteste de l'extrême vulnérabilité de tout un chacun. Cependant, s'il existe une vulnérabilité ontologique à toute vie, ne serait-ce que parce que celle-ci se trouve sans cesse exposée à la mort, il ne faut pas la confondre, précisent les cliniciens de la précarité, avec une autre forme de précarité plus pathologique que leurs différents récits d'expérience clinique mettent en évidence. La précarité vaut ainsi comme une vulnérabilité qui ne peut pas être ajournée¹, vulnérabilité liée pour les cliniciens que nous avons rencontrés soit à l'affaiblissement brutal des propriétés sociales de l'individu, soit à l'imposition de régimes d'inaction ou la marginalisation de ses dispositions à l'action, ou soit encore à l'impossibilité de prise de posture narrative.

La lecture de ces six récits d'expérience clinique, donne à voir comment les référents du CSMP construisent leur théorisation, à partir de la lecture de l'ouvrage de Guillaume LE BLANC, autour de trois types d'atteinte de la clinique de la précarité : la misère, la marginalité et le mépris. Ce qui nous intéresse c'est qu'à chacune de ces figures correspond, pour eux, un registre dans lequel l'individu est touché par le processus de précarisation. Nous avons vu qu'avec la misère correspond l'effondrement des propriétés sociales de l'individu, c'est donc, comme le précise Guillaume LE BLANC, dans le registre de la possession que l'individu est touché. Avec la marginalité correspond un empêchement dans la créativité d'agir, c'est donc dans le registre de l'action que l'individu est atteint. Au mépris correspond une impossibilité de prise de posture narrative, c'est donc dans le registre de la narration que l'individu est affecté. Possession, action et narration apparaissent alors comme étant les registres dans lesquels nous supposons que vont pouvoir émerger les pratiques cliniques de ceux qui prennent en charge et accompagnent les personnes en situation de précarité, selon que ce sont les propriétés sociales, les dispositions à l'action ou les compétences verbales qui sont touchées par le processus de précarisation.

¹ LE BLANC G., (2007), *op. cit.*, p. 89.

Processus de précarisation	Affaiblissement brutal des propriétés sociales de l'individu	Imposition de régimes d'inaction ou marginalisation des dispositions à l'action	Impossibilité de prise de posture narrative
Atteintes relatives à la précarité	Misère	Marginalité	Mépris
Registre touché par la précarité	Possession	Action	Narration

Tableau 5 : Récapitulatif des analyses faites à partir de l'étude des récits d'expérience clinique et de l'appropriation de l'ouvrage de G.LE BLANC faite par les cliniciens du CSMP.

Lors des discussions qui ont eu lieu au sein de six réunions de travail autour de la définition de la précarité et de l'ouvrage de Guillaume LE BLANC, les référents ont affirmé que ces différentes atteintes n'étaient pas vraiment séparables et se combinaient les unes aux autres. Selon les référents du CSMP, il existe différents degrés de gravité de la souffrance ressentie par les cliniciens lors de leur confrontation à la misère, la marginalité et au mépris, et en fonction de leur appartenance professionnelle : « *Peut-être que le travailleur social ressentirait plus la misère que le mépris alors que le clochard ressentirait l'un et l'autre* » précise une infirmière du CSMP. Reprenant la théorie proposée par Jean FURTOS tout en la combinant avec celle de Guillaume LE BLANC, les cliniciens du CSMP distinguent alors « une souffrance qui aide à vivre » (FURTOS), c'est la « vie ordinaire » de Guillaume LE BLANC, « une souffrance qui commence d'empêcher de vivre », et « une souffrance qui empêche de souffrir, donc de vivre »¹, c'est la « vie précaire » de Guillaume LE BLANC. Cette distinction, émergente lors de ces réunions de travail, nous amène à faire une petite parenthèse sur la théorie de la souffrance telle qu'elle est conçue par Jean FURTOS dans la clinique psychosociale, principale référence théorique des cliniciens du CSMP. Pour ce faire, nous reprenons à notre compte le déroulement de l'argumentation que propose Emmanuel RENAULT (2008, p. 358-361) qui analyse la typologie de la souffrance psychique dans la théorie de la clinique psychosociale.

Comme le souligne Emmanuel RENAULT, la première souffrance décrite par Jean FURTOS (la « souffrance qui aide à vivre ») constitue une manière de s'approprier soi-même, et de

¹ FURTOS J., LAVAL C., (2005), *op. cit.*, p. 17.

s'approprier le monde, qui reste du côté de la santé¹. Pour Jean FURTOS, « il faut insister sur le rôle important de cette souffrance qui maintient le lien avec soi-même et avec autrui : elle est agonique au sens étymologique de la lutte (*agon*) grâce à laquelle le sujet n'abdique pas [...] : nous sommes dans une zone de bonne santé mentale où souffrir n'empêche pas d'agir. »² Ainsi, « les conditions sociales requises pour que la souffrance conserve cette forme sont d'une part le travail et d'autre part un support social stable et valorisant. »³ En revanche, comme nous l'avons vu, la perte de ces « objets sociaux » fait émerger d'autres formes de souffrance⁴.

La souffrance « qui commence d'empêcher de vivre » prendrait quant à elle deux formes différentes. La première est « référée à des formes de précarité psychique où la crainte de la perte des objets sociaux s'accompagne de stress, de dévalorisation de soi et de perte de confiance »⁵ : « Nous sommes dans une zone de prépathologie, voire de pathologies avérées de type somatique, dépressives ou pseudo-dépressives »⁶. Les cliniciens associent cette souffrance à la précarisation du travail (emploi intérimaire ou peu lucratif - travailleurs pauvres) qui entraîne du stress et la crainte de l'effondrement en induisant un premier degré de vulnérabilisation du contrat narcissique⁷. La seconde forme correspond « à la précarité psychique qui s'explique par la perte effective des objets sociaux, c'est-à-dire aux difficultés subjectives rencontrées dans le champ du travail social »⁸. Ces difficultés rejoignent le concept de « syndrome d'exclusion » de Jean MAISONDIEU⁹ : « Citons [...] la honte et le découragement, qui, avec l'inhibition, constituent pour le psychiatre Jean Maisondieu la triade de l'exclusion »¹⁰. La perte effective des objets sociaux entraîne ici une vulnérabilité accrue¹¹. Toujours en suivant Emmanuel RENAULT, « le concept de « souffrance qui commence à empêcher de vivre » prend sens dans le cadre non pas d'une théorie générale de la souffrance, mais d'une théorie du processus psychosocial qui peut conduire à la grande précarité. Il vise à formuler théoriquement le constat que l'exclusion est le marchepied de la grande précarité d'un point de vue non seulement social, mais aussi psychique. La dimension invalidante de

¹ RENAULT E., (2008), *op. cit.*, p. 358.

² FURTOS J., (2005), *op. cit.*, p. 18.

³ RENAULT E., (2008), *op. cit.*, p. 358.

⁴ FURTOS J., (2000a), *op. cit.*, p. 23-25.

⁵ RENAULT E., (2008), *op. cit.*, p. 359.

⁶ FURTOS J., « Souffrir sans disparaître », dans FURTOS J., LAVAL C., (2005), *op. cit.*, p. 19.

⁷ FURTOS J., (2000a), *op. cit.*, p. 26.

⁸ RENAULT E., (2008), *op. cit.*, p. 359.

⁹ MAISONDIEU J., (1997), *La Fabrique des exclus*, Paris, Editions Bayard, cité par FURTOS J., (2005), p. 20.

¹⁰ FURTOS J., (2005), *op. cit.*, p. 20.

¹¹ FURTOS J., (2000a), *op. cit.*, p. 26.

cette souffrance est en effet un facteur jouant dans les trajectoires catastrophiques qui peuvent conduire à la grande précarité »¹. Distinguer cette souffrance qui « commence d'empêcher de vivre » de celle qui « empêche de vivre » permet également aux cliniciens d'identifier ce qui sépare le tableau clinique de l'exclusion de celui de la grande précarité, auquel Jean FURTOS réserve le concept de « syndrome d'autoexclusion »². Lorsque l'individu perd ses objets sociaux, lorsque son narcissisme se retrouve brisé et qu'il se retourne contre lui-même (clivage au moi), la souffrance prend alors la forme de la terreur, du désespoir, et elle conduit à mobiliser des défenses paradoxales (clivage, déni, projection) pour éviter l'agonie psychique et l'effondrement³.

Jean FURTOS s'inspire alors de la clinique de la survivance proposée par René ROUSSILLON en soulignant ainsi « que la réalité des troubles subjectifs ne peut s'expliquer simplement par l'effet d'un environnement défaillant ou traumatisant ; il faut également tenir compte des stratégies mises en œuvre face à une souffrance devenue insupportable en situation de manque radical et de violences de différentes natures »⁴ : « Choisir le terme d'auto-exclusion permet de pointer l'activité du sujet humain dans certaines situations où, pour survivre, il est obligé de s'exclure lui-même de sa propre subjectivité. Pour ne pas souffrir l'intolérable, il se coupe de sa souffrance, il s'anesthésie. Pour vivre, il s'empêche de vivre, paradoxe gravissime »⁵. Ainsi la théorie de l'auto-exclusion, du « clivage au moi »⁶, « expliquerait l'inhibition de la pensée et des émotions, l'anesthésie partielle du corps, l'abolition de la honte et l'incurie, mais aussi des résurgences soudaines de violence dès que

¹ RENAULT E., (2008), *op. cit.*, p. 359.

² FURTOS J., (2005), *op. cit.*, p. 21.

³ FURTOS J., (2000a), *op. cit.*, p. 26, 29-31.

⁴ RENAULT E., (2008), *op. cit.*, p. 360.

⁵ FURTOS J., (2005), *op. cit.*, p. 21.

⁶ Cette notion de « clivage au moi » n'est pas évidente à saisir pour le non clinicien. René ROUSSILLON en donne cependant une explication éclairante dans la revue *Rhizome* : « Une autre manière de fuir est de « fuir » au-dedans, de se retirer d'une partie de soi, de faire la part du feu, de se couper de ce qui de soi est pris au piège. Certains animaux, pris au piège des hommes, coupent la partie d'eux-mêmes qui les retient prisonniers, ils s'amputent de la partie de leur corps par laquelle ils sont tenus. Mais, si l'on raisonne selon cette analogie dans le monde de l'humain, on peut aussi ne « tenir à rien », céder ses appartenances, abolir le lien qui retient aux choses, retirer ses investissements des parties de soi par lesquelles le piège fonctionne, on peut sacrifier la partie pour sauver le tout. Cette amputation, ce clivage « au moi » comme j'ai proposé de le nommer, peut aussi se répéter autant de fois que nécessaire, on peut ainsi se fragmenter pour faire disparaître la souffrance du lien aliénant, se morceler pour mieux échapper à l'emprise de ce qui vous tient et vous met dans l'impasse. Quand le piège suppose l'unité, suppose la continuité d'être, la solution peut se trouver dans le renoncement à cette unité, dans la multiplication des « soi », la parcellisation de soi. On peut ainsi réaliser des formes de « brouillage » interne, protéger une partie secrète de soi de l'intrusion des facteurs d'impasses au-dedans. » ROUSSILLON R., « La logique du plus faible », dans LAVAL C., RAVON B. (coord), *Réinventer l'institution*, Rhizome n°25, 2006, p. 18. « La logique du plus faible » est un article écrit par un des principaux référents théoriques des cliniciens du CSMP, René ROUSSILLON. Cet article initialement paru dans la revue *Rhizome* a ensuite donné lieu à une contribution dans l'ouvrage collectif dirigé par Jean FURTOS, (2008), *op. cit.*, repris sous le titre « La loi du plus faible : les stratégies de survie » (p. 134-138).

baisse la garde sous l'effet de l'alcool ou d'un rétablissement de la confiance (retour de l'anesthésié¹).»² Ce troisième stade est également spécifié par les différentes formes d'identification à l'insupportable qui le traversent, comme l'identification au rebus³. Pour les cliniciens, il est constitutif du passage d'une lutte contre la souffrance encore gouvernée par le principe de plaisir à une lutte gouvernée par la pulsion de mort⁴ dont témoigne notamment l'« asphaltisation »⁵.

Au regard de ces trois types de souffrance (une souffrance qui aide à vivre, une souffrance qui commence d'empêcher de vivre, et une souffrance qui empêche de souffrir, donc de vivre), les différentes expériences de la vulnérabilité que les référents du CSMP ont dégagées suite à leur appropriation de l'ouvrage de Guillaume LE BLANC, se retrouvent interrogées dans une perspective plus verticale qui pourrait correspondre à ce que Ferdinand SUTTERLÜTY appelle les « trajectoires de souffrance »⁶ « à savoir le parcours social catastrophique qui conduit l'individu d'une socialisation en apparence réussie à la déchéance »⁷. Ce concept de « trajectoire de souffrance » permet d'expliquer, selon Emmanuel RENAULT, que ce parcours dépend tout autant de facteurs biographiques que d'un contexte social : « La condition de toute trajectoire sociale de ce type est une biographie marquée par des formes d'humiliation et d'abaissement qui puisent généralement leur source dans la violence physique ou symbolique dont les individus ont été les victimes ou les témoins lors de leur enfance. Cette condition biographique doit être complétée par une condition contextuelle, à savoir l'existence d'un environnement social défavorisant ou instable, dans lequel l'individu est mis dans une position de vulnérabilité structurelle. C'est à cette triple condition

¹ FURTOS J., (2005), *op. cit.*, p. 21.

² RENAULT E., (2008), *op. cit.*, p. 360.

³ DOUVILLE O., « Notes d'un clinicien sur les incidences subjectives de la grande précarité », *Psychologie clinique*, nouvelle série, 7, printemps 1999, p. 64.

⁴ ROUSSILLON R., « Les situations extrêmes de la clinique de la survivance », dans FURTOS J., LAVAL C., (2005), *op. cit.*, p. 229.

⁵ Ce concept-symptôme est de Sylvie QUESEMANT ZUCCA : « Plus la personne est désocialisée, plus elle prend, racine, à même le sol [...]. Dans des cas extrêmes, l'homme ou la femme « s'asphaltisent », comme soudés au sol, les pieds pris dans l'asphalte, au point qu'on ne peut plus repérer s'ils savent se tenir debout. Assis, appuyés, adossés, couchés, entourés d'une multitude de sacs, de bouteilles, d'aliments, ils deviennent une forme imprécise. » QUESEMANT ZUCCA S., (2007), *op. cit.*, p. 93

⁶ Le concept de « trajectoire de souffrance » fait ici référence à une analyse concernant les « carrières de violences » réalisée par SUTTERLÜTY F., (2004), « Was ist eine "Gewaltkarriere" », dans *Zeitschrift für Soziologie*, vol. 33, n° 4, cité par RENAULT E., « A propos de la violence en situation de sous-emploi. Récit et tentative d'analyse » dans le rapport de la Commission « Violence, travail, emploi, santé » Travaux préparatoires à l'élaboration du *Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004*, p. 121. Le concept de « trajectoire de souffrance » provient de F. Shütze, « Verlaufskurven des Erleidens als Forschungsgegenstand der interpretativen Soziologie », dans H.-H. Krüger, W. Marotzki (éd.), *Erziehungswissenschaftliche Biographieforschung*, Leske + Budrich, Leske, 1995, p. 116-157, également cité par RENAULT E., (9 août 2004), *op. cit.*

⁷ RENAULT E., (2008), *op. cit.*, p. 336.

(biographique, contextuelle, structurelle) qu'un événement peut faire basculer l'individu dans une trajectoire caractérisée par la remise en cause progressive de ses différents horizons d'attente, de ses modèles d'interprétation de soi et d'autrui, par la disparition de toute forme de confiance dans les relations sociales et, par voie de conséquence, par la destruction de ses derniers supports relationnels et par une incapacité sociale qui renforcent sa souffrance »¹.

Pour résumer. A partir des réflexions cliniques dans lesquelles s'inscrivent les référents du CSMP et les cliniciens que nous avons rencontrés, nous comprenons qu'un événement donné peut vulnérabiliser tout individu en fonction des qualités biographiques, contextuelles et structurelles de ses « trajectoires de souffrance ». L'expérience de la vulnérabilité qu'engendre une telle confrontation s'exprime à travers tout un ensemble d'atteintes, à gravité variable, dans les registres de la possession, de l'action ou de la narration.

Reste maintenant à savoir, comme nous l'avons évoqué à la fin du chapitre 3, comment, confrontés à l'expression de cette expérience de la vulnérabilité, les cliniciens mobilisent tels ou tels supports et quelles en sont les formes d'intervention ?



¹ *Ibid*, p. 336-337.

CHAPITRE 5 – LES SUPPORTS CLINIQUES DE L’INTERVENTION : PROPRIETE, ACTION, NARRATION

Ce chapitre vise à développer de manière analytique et à partir, d’une part des monographies présentées dans le chapitre 3 et, d’autre part, des récits d’expérience clinique présentés dans le chapitre 4, l’hypothèse selon laquelle la relation d’aide est médiée par tout un ensemble de supports cliniques et que ces supports ne sont pas choisis par hasard ni par l’individu ni par le clinicien. Nous pensons qu’il s’agirait plutôt d’une « contingence »¹ qui, pour un individu ou un groupe d’individus, dans un contexte et un temps biographique donnés, permet d’encadrer l’expérience de la relation d’aide afin de permettre à l’individu en situation de précarité de surmonter les épreuves, de rester vivant, et de se percevoir comme appartenant à la commune humanité.

Dans le chapitre 3, nous avons constaté que les intervenants n’avaient d’autre possibilité que de se mouler aux résistances de l’individu en situation de précarité à l’offre de soin, et ce faisant à se constituer en collectif réseau venant entourer la personne pour prévenir notamment les risques de (re)-chutes. Dans le chapitre 4, nous avons fait le constat que le détachement interne vécu par l’individu en situation de précarité, le contraint à trouver dans des objets, dans des soutiens externes, dans des relations sociales, cette « solidité » qu’il ne sent plus en lui-même. Il s’agit pour nous de chercher maintenant à saisir, à partir de la définition des supports proposée par Danilo MARTUCCELLI, « cet ensemble hétérogène d’éléments, réels ou imaginaires, tissés au travers des liens avec les autres ou avec soi-même, passant par un investissement différentiel des situations et des pratiques, grâce auxquels l’individu se tient, parce qu’il est tenu, et est tenu, parce qu’il se tient »² au sein de la relation d’aide. La question est alors de savoir, très pratiquement, comment l’individu vulnérabilisé arrive t-il, non pas à s’exprimer ou à supporter la relation d’aide, mais à être porté dans la relation d’aide ? Par quelles médiations, par quels supports cliniques ? Autrement dit, par quel(s) support(s) la problématique singulière de la personne dessine-t-elle le collectif de traitement de la précarité ?

¹ Le terme de contingence fait référence ici aux travaux de Howard Saul BECKER : « J’ai appris, essentiellement grâce à l’enseignement d’Everett Hugues, à penser à ce type de dépendance que les événements entretiennent entre eux en termes de contingences. Lorsque l’événement A s’est produit, on se trouve désormais dans une situation où de nombreuses choses peuvent se produire. (...) Il y en a beaucoup, mais leur nombre n’est pas infini et, d’ordinaire, seules quelques unes sont plus ou moins probables (même si les possibilités improbables peuvent également se réaliser). » BECKER H.-S., (2002), *op. cit.*, p. 70.

² MARTUCCELLI D., (2002), *op. cit.*, p. 78.

I. Les supports cliniques de propriété

Un certain nombre de supports cliniques énoncés dans l'étude de la constellation sanitaire et sociale d'Emilio ainsi que dans les récits d'expérience clinique du chapitre précédent visent à pallier à la misère, comprise par les cliniciens, comme la perte des objets sociaux (logement, emploi, formation, argent... ce qu'on a ou ce qu'on n'a pas) et la privation de droits.

Nous voyons ici un rapprochement entre cette conception de la misère et la perte des « supports sociaux » tels que Robert CASTEL les a décrits dans *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi*¹. Pour lui, « les supports sont les conditions objectives de possibilité de l'individu, les assises sur lesquelles doivent pouvoir s'appuyer les acteurs pour déployer des stratégies personnelles. Et il trouve le cœur de ces supports du côté de la propriété, puisque c'est elle qui permet, à suivre sa lecture historique, à l'individu d'exister pour lui-même. Lorsque l'intégration dans une société hiérarchique d'ordres et d'états se desserre, « la propriété privée devient l'assise privilégiée qui permet à l'individu de ne pas « flotter » »². Au fur et à mesure qu'il est devenu évident que tout le monde ne pouvait avoir accès à ce type de support d'indépendance individuelle, il a fallu passer par la quête de substituts analogues et, en tout premier lieu, la possession de droits et l'entrée dans un système de protection. C'est cet ensemble qui constitue la propriété sociale, « une sorte d'*analogon* de la propriété, qui fait fonction de propriété privée pour les non-propriétaires et qui leur assure la sécurité »³. Dans la descendance des institutions de DURKHEIM, Robert CASTEL fera de la possession de ces supports la clé explicative des deux grandes manières diamétralement opposées d'être un individu dans la modernité. L'individu positif est celui qui, ayant des supports, est capable de tenir ; l'individu négatif en est, à l'inverse dépourvu et caractérisé par un « décrochage ». L'individualisme négatif n'émerge ainsi au bout du compte que comme le résultat de ce processus, lorsqu'on ne peut plus faire l'expérience qu'on « vit d'autant plus à l'aise sa propre individualité qu'elle s'étaie sur des ressources objectives et des protections collectives. »⁴ »

Dans la constellation sanitaire et sociale d'Emilio, comme dans les récits d'expérience clinique, nous pouvons observer tout un ensemble de supports qui relèvent du droit. Ces supports sont tous les dispositifs, toutes les activités qui visent à redonner à la personne un

¹ CASTEL R., HAROCHE C., (2001), *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi*, Paris, Fayard, p. 37.

² MARTUCCELLI D., (2002), *op. cit.*, p. 95-96.

³ CASTEL R., HAROCHE C., (2001), *op. cit.*, p. 74, cité par MARTUCCELLI D., (2002), *op. cit.*, p. 95-96.

⁴ CASTEL R., (1995), *op. cit.*, p. 473, cité par MARTUCCELLI D., (2002), *op. cit.*, p. 95-96.

sentiment de propriété et de respect de soi¹ en favorisant l'accès à : aux droits, au logement, au travail, au soin. Pour ce faire, le clinicien va, par exemple, recourir à tout un ensemble de règles juridiques qui concernent les statuts salariaux (CDD, CDI), les types de couverture sociale (AAH, RMI, CMU, AME, tutelle, curatelle), plus globalement les formes légales de protection sociale. Parce que le clinicien qui les mobilise semble vouloir faire sentir à la personne, qu'elle est porteuse des mêmes droits à posséder qu'autrui, nous appellerons ces supports des *supports cliniques de propriété*.

« Vérifier si la personne est assuré social et si ses droits et sa carte sont à jour. La mise en place de ces actions doit être réfléchi et décidée par la personne, et ne peut avoir lieu que lorsque les objectifs liés à la prise de conscience de son état de santé et de la nécessité de soins sont atteints. Dans le cas contraire, le risque est de voir la personne accepter les propositions soit par crainte (pouvant aller jusqu'à la suppression du RMI), soit pour « faire plaisir », soit pour « avoir la paix » ; ceci pourrait servir de point de départ mais c'est peut-être risqué : le bénéficiaire ne serait alors pas complètement engagé et responsabilisé. D'où l'importance de comprendre le mode relationnel que la personne a pu avoir avec d'autres professionnels, afin de ne pas retomber dans le même schéma quand il y a eu échec.

Très souvent, il faut mettre en place un véritable plan de soins, agissant sur bien des points dans la vie quotidienne, il est nécessaire là aussi d'agir progressivement et d'échelonner les actions dans le temps et de respecter le rythme de la personne, voir parfois de freiner, l'objectif étant le long terme et pas une quinzaine de jours d'efforts.

Ensemble établir des priorités :

Consultation chez le médecin : laisser le maximum d'autonomie pour prendre rendez vous, ce qui permet de tester la motivation, le degré d'autonomie ou les problèmes psychologiques (ex : peur panique du dentiste). Aider si besoin ; accompagner chez le professionnel pour des raisons de mobilité, pour faciliter l'accueil, pour rassurer et soutenir moralement et pour éviter toute mauvaise compréhension. Sauf cas précis respecter la relation patient-médecin et ne pas assister à la consultation. Et évidemment laisser gérer quand la personne peut le faire.

Faire les examens demandés

Le traitement : s'informer du traitement = voir l'ordonnance du médecin (ce qui peut prendre du temps), s'assurer de la compréhension du traitement : rôle et importance, des médicaments, posologie, prévenir des effets secondaires normaux. Ceci étant souvent nécessaire malgré les explications du médecin et du pharmacien.

Education pour une meilleure hygiène de vie : dans la gestion du traitement, de façon à être autonome. Donner des conseils d'hygiène de vie : faire le point sur les habitudes, expliquer l'intérêt d'une meilleure hygiène, essayer d'avoir de la

¹ Dans sa théorie de la reconnaissance, Axel HONNETH démontre que le développement du sentiment de respect de soi passe par la reconnaissance de droits individuels : « [...] Puisque la jouissance de droits individuels met le sujet en mesure d'exprimer des exigences socialement recevables, elle lui ouvre la possibilité d'exercer une activité légitime, grâce à laquelle il peut se démontrer à lui-même qu'il jouit du respect de tous ses concitoyens. Les droits individuels revêtent un caractère public dans la mesure où ils offrent au sujet un mode d'action acceptable par tous ses partenaires d'interaction ; c'est ainsi qu'ils interviennent dans la formation du respect de soi. [...] nous pouvons conclure que l'expérience de la reconnaissance juridique permet au sujet de se considérer comme une personne qui partage avec tous les autres membres de sa communauté les caractères qui la rendent capable de participer à la formation d'une volonté discursive. Cette faculté de se rapporter positivement à soi-même, nous pouvons l'appeler le « respect de soi ». » HONNETH A., (2000), *La Lutte pour la reconnaissance*, Paris, Cerf, p. 146.

documentation simple. Etablir un agenda, de façon sommaire, des différents contrôles, des rendez-vous à faire dans les mois qui suivent. »

Extrait de l' « Evaluation Déclic Santé », Fév.-Oct. 2002, p. 3-4.

Dans cet extrait d'évaluation du projet Déclic Santé (projet relié aux activités de réticulation du CSMP), les supports cliniques de propriété sont variés, et correspondent à différents matériaux de base permettant à l'individu en situation de précarité de commencer à *prendre soin* de lui : douche, repas, éducation à l'hygiène de vie, éducation thérapeutique sur l'observance, etc.

Le tableau ci-dessous reprend l'ensemble des supports cliniques de propriété relevés dans la constellation sanitaire et sociale d'Emilio et dans les différents récits d'expérience clinique.

	Les supports cliniques de propriété (en tant que accès à, droit au)
PASS de Fleyriat	Carte de visite de l'assistante sociale. Plaquette d'information. Passeport-soin. Bilan social et administratif sur l'ouverture des droits (AME, CMU, etc.) Médicaments. Ticket bus. Lits du service des urgences. Contrat de soins.
Unité intrahospitalière du CPA « Epidaure »	Cure de sevrage. Traitement médical. Bilan social et administratif.
Centre de postcure « Hélios »	Soin (en tant que droit au). Hébergement (linge, repas, activités, douche, etc.)
Centre d'accueil permanent	Bilan social et administratif. Bilan somatique.
115	Lits du 115 à l'hôpital Fleyriat. Hôtels. CHRS. Ecoute. Téléphone.
CHRS	Services de première nécessité : (1) accueil de jour (douches, vestiaire, salle de jeux ou de repos, rencontre avec l'équipe éducative, projet personnalisé). (2) accueil de nuit (lits d'urgence, lits stabilisés). Restaurant social (repas à coût modeste). Hébergement d'insertion (projet personnalisé : lit stabilisé ou appartement diffus), logement : appartements en sous-location, accompagnement au quotidien dans des problématiques diverses : santé, travail, droit (RMI, AAH), famille, budget (curatelle).

Tableau 6 : Récapitulatif des supports cliniques de propriété rencontrés dans la constellation sanitaire et sociale d'Emilio et dans les récits d'expérience clinique.

Les supports cliniques de propriété sont utilisés de différentes manières. Par exemple, *favoriser l'accès à* consiste bien souvent à envoyer la personne vers un partenaire, un collègue, une autre institution. Mais il existe bien des manières d'*envoyer vers*. Nous en avons repérées deux.

L'intervention du clinicien qui consiste à *orienter vers* sans accompagner (comme nous l'avons observé au Centre d'Accueil Permanent) : on l'appellera l'*orientation*.

L'intervention qui *adresse vers*, c'est-à-dire que la personne est accompagnée là où elle est orientée (comme à la PASS de l'hôpital « Fleyriat » ou au 115) : on l'appellera l'*adressage*.

1. Orienter ou adresser : distribution des places et reconnaissances des droits

L'orientation consiste à calculer une trajectoire et envoyer dans une direction donnée la personne en situation de précarité comme on pourrait le faire avec un objet ou encore une « *patate chaude* ». L'orientation s'effectue en fonction des places disponibles dans les institutions (CHRS, hôtel, CPA, foyers, etc.), elle participe à la redistribution des places (CAP, 115). Le clinicien qui oriente explique en général qu'il n'a pas le temps de faire autrement, qu'on ne lui donne pas les moyens lui permettant de se mettre à la place de l'autre, d'être empathique, voire que ça n'est pas sa mission¹. Le clinicien semble être pris dans une relation spéculaire avec la personne en situation de précarité, comme s'il était lui-même contaminé par la précarité (ce qui peut entraîner des identifications massives au vécu de la personne) : « *nous aussi en psychiatrie, nous sommes dans la précarité, comment voulez-vous que je m'occupe de ces personnes, je n'ai pas le temps, c'est tout, c'est pas que je ne veux pas, c'est que je ne peux pas* »². Cette identification au vécu précaire de la personne en situation de précarité, présente chez le clinicien qui oriente, lui permet parfois de faire comme s'il portait un intérêt à l'autre tout en étant empêché par une instance de domination extérieure. « *Très bien monsieur, croyez moi, vous devriez téléphoner au CHRS un tel, c'est eux qui prennent en charge ce type de problème.* »³. L'authenticité est souvent prise chez ce clinicien comme une catégorie morale soumise par des déterminations extérieures, une sorte de faux self qui consiste à dire « il faut être authentique, croyez-moi mais c'est malheureusement impossible de l'être vraiment ».

Le clinicien qui adresse, qui accompagne son orientation, cherche, quant à lui, que l'individu en situation de précarité se sente comme étant le sujet d'une adresse.

¹ Cf. supra chap.3.II.1.*Se rapprocher, autonomiser, trier : les visées des interventions cliniques.*

² Extrait du cahier de notes personnelles. Observations relevées au Centre d'Accueil Permanent, 27 juin 2006.

³ *Idem.*

Mr HUNTER : Nous à Aide Accueil aux Jeunes, on essaie de tenir une certaine position par rapport à des cas comme celui-là. On est très prudent avec les personnes qui veulent tout d'un coup une attestation de soin pour éviter d'aller en prison.

L'infirmière : en tout cas, il semble être très attachant ce jeune homme.

Mlle CLERC : ah oui, c'est vrai qu'il est agréable mais c'est d'autant plus dur qu'on a à peu près le même âge.

La Cadre Infirmière de Proximité : il y a sûrement des moments où il est plus authentique. Il faut essayer de valoriser ça. Et puis, s'il va faire son sevrage de temps en temps, c'est déjà pas mal.

Mlle CLERC : oui, c'est déjà pas mal mais il en est à son 7^{ième} sevrage. Comment on fait maintenant pour le faire avancer ? On essaie de l'aider ou on le laisse toucher le fond ?

Mr HUNTER : il en est où de son bilan hépatique ?

Mlle CLERC : pour l'instant il est jeune donc il n'a pas trop de séquelles.

Mr HUNTER: d'accord, donc ce qui nous préoccupe c'est la question de sa survie. Il faut peut-être qu'on attende qu'il ait fait le tour des impasses.

Mlle CLERC : peut-être parce que c'est vrai qu'on répond toujours à ses demandes.

Mr HUNTER: et s'il passait par le CAP.

Mlle CLERC : on lui en a déjà parlé mais il n'est pas intéressé, il dit qu'il n'est pas fou et qu'il ne voit pas pourquoi il irait à l'hôpital psychiatrique. La dernière fois aux urgences, ils ont appelé les gendarmes pour qu'ils le prennent en cellule de dégrisement. C'est dingue ça quand même.

Mr HUNTER: et pourquoi pas. Au moins, il aura un cadre pour dormir. Il dort dehors sinon.

L'infirmière : moi, j'ai l'impression que ce gamin ne demande rien. Il a juste besoin de trouver des adresses. On va toujours au devant de lui mais qu'est-ce qu'il veut lui ?

Mr HUNTER: oui, chacun à notre place, peut-être qu'on devrait lui dire voilà ce qu'on propose, tu prends ou tu ne prends pas.

Réunion du Réseau Santé Mentale Précarité, 29 janvier 2007, (c'est nous qui soulignons).

En accompagnant la production de cet acte de reconnaissance que constitue l'adressage, le clinicien semble vouloir animer l'individu au regard de ses adresses (là où on l'envoie) et le faire exister à partir de ses propres désirs comme le signale cette infirmière du Réseau Santé Mentale Précarité dans l'extrait ci-dessus. Nous faisons ici le lien avec la proposition de Judith BUTLER pour qui *être sujet d'une adresse* « ce n'est pas simplement être reconnu pour ce que l'on est déjà, c'est aussi se voir conférer le terme même par lequel la reconnaissance de l'existence devient possible. [...] On « existe » non seulement parce que l'on est reconnu, mais, plus fondamentalement, parce que l'on est *reconnaissable*. »¹

Dans l'accompagnement qu'il propose, le clinicien qui adresse agit dans la relation en côte à côte plutôt qu'en face à face comme le ferait celui qui oriente. Il propose à la personne de reconnaître, en évaluant, la nature de ses besoins, et il la soutient dans sa recherche des ressources lui permettant de s'orienter et d'y répondre.

¹ BUTLER, (2004), *Le pouvoir des mots*, Paris, Editions Amsterdam, p. 27.

Le clinicien peut également agir dans l'adressage sans être dans l'accompagnement direct, par exemple dans les différents espaces collectifs de réflexivité (« Espaces Rencontres » ou réunion du RSMP), lorsqu'il nomme une personne sans que cette dernière ne sache qu'elle l'est¹. L'adressage est porté en quelque sorte par les différents acteurs du réseau qui se distribuent les rôles concernant le cas à traiter en fonction des besoins de la personne et de ses disponibilités intérieures (par exemple dans la situation d'Emilio, qui va signer l'Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (HDT) ?). S'il ne s'agit pas de « *laisser porter le bébé à une seule personne* » (Mlle CLERC), chaque clinicien du réseau se retrouve alors tour à tour émetteur et destinataire de l'adresse. Ca sera parfois un tel qui signera l'HDT, parfois un autre, parfois encore un tel qui accompagnera la personne chez le médecin parfois un autre, etc. Les cliniciens s'attribuent en quelque sorte l'adresse que la personne en situation de précarité a sollicité en eux ; ils se disent « *réfèrent de la personne* »². Autrement dit, si chacun porte subjectivement la problématique pensée collectivement de la personne en situation de précarité, chacun porte tour à tour la référence en fonction des situations et des personnes rencontrées. Cela permet à cette dernière d'arriver n'importe où dans le réseau, tous les cliniciens seront prêts à l'accueillir en connaissance de cause. L'individu en situation de précarité et les cliniciens qui l'accompagnent s'adressent les uns aux autres et reçoivent des adresses les uns des autres. Le réseau des cliniciens qui adressent est non seulement établi par la problématique de la personne en situation de précarité (par exemple nous avons vu dans le chapitre 3.III.2 comment la problématique de la non-demande les mobilisait autour de la logique du projet) mais leur pouvoir est dérivé de la nature du support qui est mobilisé dans la relation avec la personne. Le choix du type de support clinique de propriété ne réside ainsi pas seulement dans l'appropriation réflexive et collective de la problématique de la personne mais, également dans une chaîne de significations qui excède le dispositif de connaissance. Par exemple, des cliniciens qui échangent sur la nature du support clinique de propriété à mobiliser participent de fait, non seulement à une sensibilisation mutuelle sur la clinique de la précarité (ouverture des droits, types de soin à fournir, etc.) mais, en même temps, ils participent à la reconnaissance sociale et la sociabilisation de cette personne. Nous voyons là

¹ En effet, si en principe, selon la loi n°2002-303 du 4 mars 2002, toute personne dont la « situation », la « problématique », le « cas » est traité en groupe, doit en être informée, en réalité cela ne se fait que rarement, « *pour ne pas effrayer la personne* », « *pour ne pas la rendre encore plus paranoïaque qu'elle peut l'être* », comme le précise la plupart des cliniciens interviewés à ce sujet.

² Par exemple, dans la constellation sanitaire et sociale d'Emilio, la référente a d'abord été Mme LABORDE puis, suite à l'exclusion du CHRS Tremplin, c'est Mlle CLERC qui a pris le relais.

comment le dispositif de connaissance (chapitre 2) vient en quelque sorte se superposer, se mouler, à un dispositif de reconnaissance.

L'adressage permet d'ouvrir en permanence des portes permettant à la personne en situation de précarité d'entrer n'importe où lorsqu'elle le désire, lorsqu'elle le choisit. Une fois que la personne en situation de précarité a ouvert ces portes et qu'elle se retrouve reconnue juridiquement, elle, dans une perspective honnethienne, « n'est plus seulement respectée dans sa faculté abstraite d'obéir à des normes morales, mais aussi dans la qualité concrète qui lui assure le niveau de vie sans lequel [elle] ne pourrait exercer cette première capacité »¹.

Alors que le clinicien qui oriente aura plutôt tendance à tenir un discours défaitiste sur le symptôme qui serait « l'arbre qui cache la forêt », celui qui adresse, quant à lui, balise la forêt en donnant l'ordre de la traverser sans que quiconque n'en connaisse les issues ; il se laisse guider par la problématique qu'il rencontre. Le rapport pédagogique entre le clinicien et la personne en situation de précarité est donc inversé dans l'orientation et l'adressage, ce que nous allons étudier maintenant.

2. Les rapports pédagogiques de l'orientation et de l'adressage : d'une visée éducative à une visée d'égalité des intelligences

Alors que le discours du clinicien qui oriente est polarisé sur une visée éducative, de transformation des individus perçus à partir d'un retard de développement lié à des conditions sociales défavorisantes, celui qui adresse prône plutôt l'égalité par la diffusion des savoirs (comme dans le dispositif de connaissance du chapitre 2). Par exemple, favoriser l'accès aux soins va consister à donner des informations sur les structures de soin d'un territoire et à accompagner cette délivrance d'information. Le CSMP a été élaboré pour sortir du premier rapport pédagogique ; c'est précisément ce qui fait qu'il n'est pas toujours reçu par certains psychiatres dont le mandarinage reste en soi une source de pouvoir établi entre des individus qui savent, et d'autres qui ne savent pas. Les cliniciens de la précarité semblent en permanence tourmentés par la question de l'égalité intellectuelle. Sans que cela génère un véritable débat à ce sujet, nous avons pu observer tout un ensemble de réflexions dans des lieux extrêmement différents, qui pouvaient s'y rapporter². L'exemple le plus frappant est le fait que la démarche clinique du CSMP consiste à s'adresser avant tout à des personnes

¹ HONNETH A., (2000), *op. cit.*, p. 143

² Cela rejoint également la réflexion engagée sur la qualité de forum hybride du CSMP en lien avec sa constitution pluriprofessionnelle (cf. chapitre 1).

(acteurs de terrain, personnes en situation de précarité) et non (seulement) aux acteurs institutionnalisés d'un débat de psychiatrie ou de société.

Comment procède le clinicien qui adresse ?

Lorsqu'Emilio montre la volonté de se loger, la réponse des cliniciens consiste d'abord à lui demander d'apprendre à ne plus boire en s'aidant des médiations que proposent les services de l'unité « Epidaure » du CPA. Ensuite, au bout d'un certain temps, les cliniciens lui demandent de raconter ce qu'il pense de ce qu'il vit, et surtout de ce qu'il ressent. On pourrait penser que les cliniciens s'attendent alors à des catastrophes, mais nous avons vu qu'ils s'attendent aussi à des miracles (Mlle LEDOUX). D'autres cliniciens (Mlle CLERC, Mme LABORDE) espèrent mais n'attendent pas forcément que quelque chose se passe, comme le montrent également les exemples ci-dessous :

Mme RENARD : « Je voulais lui [une patiente psychotique en situation de précarité] donner quelque chose, quelque chose qui permettait de poursuivre la consultation. Je ne sais pas pourquoi j'ai voulu faire ça et je ne savais pas quoi lui donner. J'ai pensé donner lui un stylo, mais bon c'est un peu nul... et puis j'avais sur mon bureau un cœur porte encens qui était tout sale. Je lui ai dit « je te donne cet objet, mais tu y fais attention comme si c'était toi, tu verras si tu le nettoies, il y a un miroir, dessous les restes d'encens. »

G. PEGON : « tu ne vas pas me dire que tu lui as donné un cœur qui porte « en sens » avec un miroir en plus, sans y avoir réfléchi auparavant ? sans vouloir faire trop de jeux de mots... »

Mme RENARD : « eh bien non, figures toi, aussi étrange que cela puisse paraître, c'est venu comme ça. »

G. PEGON : « on voit bien ici l'œuvre du transfert, il faudrait que tu nous dises quelles sont tes représentations autour de cet objet et que tu interrogues aussi ta patiente pour aller un peu plus sur le sens qui a été transmis ici mais en tout cas c'est intéressant que tu l'aies fait comme ça. »

Mme RENARD : « pour moi, le cœur c'est ce qui nous relie, mais je n'avais vraiment pas réfléchi à ça avant. »

G. PEGON : « tu n'y a pas réfléchi, en fait je crois que si. Là où tu n'as pas réfléchi c'est dans la forme de l'objet mais tu as bien pensé que tu ne pouvais pas lui donner un stylo parce que ça manquait de sens. Donc ce n'est pas que tu n'aies pas réfléchi à donner quelque chose, c'est que tu n'as pas réfléchi à ce que tu allais donner. Ca, ça s'est fait inconsciemment on dirait. »

Mme RENARD : « oui, c'est vrai et tant mieux finalement, c'est plus authentique. »

G. PEGON : « c'est ce qui fait que ça a accroché. »

**Entretien individuel avec Mme RENARD,
infirmière référente au CSMP, 17 juillet 2006.**

G. PEGON : « si je comprends bien vous avez tout fait sauf être une infirmière, pas de soin médical. »

Mme BAR : « oui, c'est sûr, je n'ai jamais été dans le soin à proprement parler. Ca a du m'arriver une fois de faire une prise de sang mais il ne fallait surtout pas que je rentre là-dedans. Ca me paraissait bien essentiel que ça soit bien différencié. »

G. PEGON : « pourquoi vous ne vouliez pas rentrer là-dedans ? »

Mme BAR : « pour pas tout mélanger parce que je n'étais pas là pour les soigner mais pour les orienter, pour faire le point, pour essayer de trouver des solutions, mais je ne devais pas être la solution. »

**Entretien individuel avec Mme BAR,
ancienne agent de santé du projet Déclic Santé, 16 mai 2006.**

Bien souvent, possédés par une sorte d'horizon d'attente flottante, les cliniciens sont très surpris par la qualité des propos et des réactions tenus par les personnes qu'ils accompagnent, ou encore par les productions effectuées dans les ateliers thérapeutiques, dans les entretiens, etc. Ils en tirent quasi systématiquement deux leçons essentielles. La première est celle de la dissociation entre la volonté du clinicien et l'exercice de l'intelligence du patient.

L'éducatrice : « On voudrait parler d'Yves, 25 ans, orienté par l'assistante sociale d'Ambérieu. Il sort d'une post cure d'Hauteville, il ne sait pas ce qu'il a pourquoi il était là-bas. Il a vécu chez des amis puis ils n'en ont plus voulu. Il arrive au FAR [CHRS de Bourg-en-Bresse]. Sa chambre, c'est un vrai taudis. Il vit chez nous mais il a 65000 euros d'héritage. Avant il était au CPA, suivi par Dr C, mais c'est impossible de travailler avec elle. On a fait une demande de mesure de curatelle. Il y a du tabac partout dans sa chambre. Les éducateurs ne savent pas quoi faire. Le Dr J devait faire une expertise pour la demande de curatelle, on voudrait en fait qu'il arrête de se faire raquetter. Ce qui c'est passé c'est qu'à force de venir à la banque, le banquier s'est rendu compte de quelque chose et parce qu'il y a une procédure judiciaire en cours, il a accepté de lui donner 30 euros par semaine... Du coup, Yves reste enfermé dans sa chambre, il sort vers 22h puis regarde la TV. Il ne vient pas manger. C'est difficile de faire autorité. On a essayé de joindre le Dr C mais le patient n'étant pas dans une démarche personnelle de soin, le médecin refuse de le voir, c'est encore une fois le fameux problème de la non-demande. Du coup, on a décidé de le virer pendant une semaine parce qu'on ne savait plus quoi faire. C'est une mise à pied sous prétexte que sa chambre n'est pas faite et qu'il ne respecte personne. Il est retourné chez sa sœur avec qui il se bat. »

Mr TABARY : « Le Dr C applique la procédure de la psychiatrie traditionnelle alors que la question serait plutôt de savoir s'il faudrait intervenir au nom de la psychose ou de la précarité ? ».

L'éducatrice : « Je ne sais pas trop s'il est psychotique, il a essayé de travailler chez RVI [Renault Véhicules Industriels] mais il a été viré au bout d'une heure. Il n'arrive pas à créer des liens avec les gens, si ce n'est dire bonjour, il ne nomme pas les gens. Ici, il participe au ménage collectif mais c'est tout. »

Mr TABARY : « il faudrait essayer de faire une continuité entre les éducateurs, et éviter de le changer de lieu d'hébergement trop souvent. Les psychotiques ne peuvent pas changer de lieu de vie comme ça. Il faudrait essayer de rappeler Hauteville pour savoir ce qu'il avait. »

L'infirmière : « Qu'est ce qui le tient ce type ? Le balai le matin ? Comment est-ce que vous pourriez essayer de travailler les rituels ? Le matin, on se lève. Le soir, on se couche. Entre, il y a tout un tas de petites choses qui permettent de l'ancrer dans un lieu et dans un temps mais bon, ça relève du soin tout ça. Dans ce genre de situation, nous on essaie de les renvoyer à des choses simples. Par exemple, « je regarde ton armoire et je la vois ».

L'éducatrice : « moi, je lui dis t'as vu ton cendrier ? il n'est pas vidé ! »

Mr TABARY : « oui mais il faut revenir à ce qui va de soi, par exemple, ils ne font pas la différence entre le mensonge et la vérité. »

L'éducatrice : « on peut essayer de travailler sans projet social, travailler en cherchant à mettre les choses en lien avec la réalité, mais si le matin il se lève pour ne rien faire, c'est difficile pour nous. Il faudrait quand même qu'il ait une activité. Le projet parfois c'est que le logement, mais il faut qu'il ait plus de 25 ans pour toucher le RMI. Y a des gens qu'on a gardé 4 mois, juste pour qu'ils se fassent soigner les dents. Des fois on travaille que sur l'hygiène. »

Mr TABARY : « moi je commencerais à partir du balai. Faire le travail de base et après on voit. Un projet de sortie, c'est peut-être irréaliste. Faut toujours essayer de descendre d'une marche avec les psychotiques, et ne pas essayer de chercher du sens, ils sont dans le clivage et n'ont pas accès au sens. »

Extrait d'un Espace-Rencontre CHRS-CMP, 21 juillet 2006.

La relation clinicien/patient fonctionne un peu à la manière de celle que Jacques RANCIERE décrit entre le maître ignorant et l'élève : « [...] ce n'était pas la science du maître que l'élève apprenait. Il avait été maître par le commandement qui avait enfermé ses élèves dans le cercle d'où ils pouvaient seuls sortir, en retirant son intelligence du jeu pour laisser leur intelligence aux prises avec celle du livre. Ainsi s'étaient dissociées les deux fonctions que relie la pratique du maître explicateur, celle du savant et celle du maître. Ainsi s'étaient également séparées, libérées l'une par rapport à l'autre, les deux facultés en jeu dans l'acte d'apprendre : l'intelligence et la volonté. Entre le maître et l'élève s'était établi un pur rapport de volonté à volonté : rapport de domination du maître qui avait eu pour conséquence un rapport entièrement libre de l'intelligence de l'élève à celle du livre – cette intelligence du livre qui était aussi la chose commune, le lien intellectuel égalitaire entre le maître et l'élève. »¹

Si ces patients en situation de précarité, ou psychotiques (car ces constats ne se limitent pas à la précarité comme le signale Mr TABARY) ont pu faire l'expérience d'accéder au sentiment de propriété uniquement en recevant un objet (un porte encens ou un balai comme c'est le cas ci-dessus), cela signifie que le clinicien pense qu'ils n'ont pas besoin des explications pour comprendre le sens des choses. L'égalité des intelligences que véhicule le clinicien signifie alors qu'il y a une autonomie absolument irréductible du travail d'une intelligence que l'on peut mettre en évidence par cette expérience de hasard qui a séparé complètement l'exercice du clinicien de l'exercice de la personne en situation de précarité. L'idéologie pédagogique classique en psychiatrie mandarinale, ou même dans le travail social à visée éducative, est de croire que la personne en situation de précarité apprend ce que le clinicien lui enseigne (« *t'as vu ton cendrier ? il n'est pas vidé !* »). L'expérience de cette infirmière ou encore celle des

¹ RANCIERE J., (1987), *Le maître ignorant*, Paris, Fayard, p. 25. C'est nous qui faisons le lien.

cliniciens du RSMP qui choisissent de « *lâcher prise* » et de laisser la personne toucher le fond pour qu'elle en fasse « simplement » l'expérience, permet, quant à elle, de penser que le processus de soin n'est pas un processus d'apprentissage et de remplacement de l'ignorance du patient par le savoir du clinicien, mais plutôt un processus de développement du savoir de la personne elle-même. Il y a d'abord un travail autonome de l'intelligence, et ce travail va de savoir à savoir et non d'ignorance à savoir. L'égalité des intelligences¹ qui est professée ici veut d'abord dire que pour que l'apprentissage soit possible, il faut que l'intelligence employée par la personne en situation de précarité soit la même que celle du clinicien : d'où un accompagnement en côte à côte qui cible les besoins de la personne en situation de précarité.

La deuxième leçon qu'en tirent les cliniciens est qu'ils peuvent partir de n'importe où, de n'importe quel support à condition que celui-ci *tienne l'individu* comme le signale l'infirmière dans l'extrait ci-dessus. La règle pédagogique classique veut qu'ils partent du « commencement ». Il faudrait qu'Yves sache ranger sa chambre, c'est une des premières choses que l'on apprend aux enfants. Cette règle suppose qu'il y a deux sortes d'intelligence : celle des ignorants, qui va au hasard, par rapprochement et chance (ne dit-on pas que les personnes en situation de précarité « *déambulent* ») et celle du clinicien savant qui procède de manière méthodique, du plus simple au plus complexe. Par exemple, on peut dire que la tâche du clinicien qui oriente n'est pas aisée car elle suppose de mettre en œuvre un écart d'un langage à un métalangage : ce clinicien dira qu'il faut traduire ses mots dans un autre langage pour que la personne en situation de précarité arrive à les comprendre et à les maîtriser. A l'inverse, le clinicien qui adresse propose qu'il n'y a pas de différence entre des types d'intelligence. Tous les actes intellectuels s'opèrent de la même façon. Et n'importe quelle intelligence est capable d'effectuer le trajet à partir d'un point quelconque.

L'expérience du clinicien qui adresse vérifie donc deux principes : là où on localise l'ignorance, il y a toujours déjà en fait un savoir qui constitue une ressource, et c'est la même intelligence qui est à l'œuvre dans tous les apprentissages intellectuels. Les cliniciens qui affirment cette position entrent ainsi en rupture avec le mouvement général de la psychiatrie classique ou encore avec les politiques actuelles de santé publique. Ces dernières considèrent,

¹ *Ibid.*

en effet, de plus en plus que la cohésion de la société moderne impose que les inégalités soient réduites (politique de réduction des inégalités), qu'existe un minimum de communauté entre ceux qui sont au sommet de la hiérarchie et ceux qui sont en bas. C'est l'éducation, par la mise en œuvre de politiques de prévention des risques, qui est supposée mettre chacun à sa place tout en assurant un minimum de partage des savoirs et des valeurs. Les individus « modernes » doivent avoir quelques bases pour progresser dans leur métier et participer aux valeurs communes de la société. Dans ce contexte, il nous semble que la politique des cliniciens qui adressent intervient absolument à contre-courant en mettant en œuvre une clinique où la loi du progrès et l'éducation progressiste apparaissent précisément comme le contraire de l'émancipation intellectuelle.

Il ne s'agit pas, pour le clinicien, d'opposer le sujet au citoyen, bien au contraire, mais de proposer plutôt de mettre en évidence l'existence d'une opposition entre une méthode de l'égalité et une méthode de l'inégalité. Les politiques de la « réduction des inégalités » conduisent à établir une homologie entre le modèle pédagogique et le modèle social. Or, selon la démarche clinique de ces cliniciens, l'idée que l'on va élever une personne en situation de précarité par l'éducation implique un processus de maintien de l'inégalité, une sorte de discrimination positive. En effet, si la clinique consiste à penser que l'égalité adviendra comme le résultat des efforts pour réduire les inégalités, les « réducteurs » d'inégalité maintiendront toujours leur privilège sous couvert de le supprimer. Il faut partir de l'égalité de fait qui est nécessaire pour que le rapport inégalitaire lui-même fonctionne : il faut déjà que les personnes en situation de précarité comprennent les mots du clinicien pour que celui-ci puisse les enseigner. Dans l'intrication des deux relations – égalitaire et inégalitaire – la question est de savoir lequel sert de principe : le rapport de l'ignorant au savant ou celui de deux intelligences qui veulent se comprendre ? Si c'est le rapport inégalitaire qui commande au rapport égalitaire, il se reproduira éternellement. L'émancipation implique, quant à elle, de partir de l'idée de la capacité de n'importe qui. Peu importe ce qu'il apprend, l'essentiel est la révélation de cette capacité à elle-même. Le reste dépend de lui. Cette idée s'oppose de front à l'idéologie progressiste et de fait, à la logique du projet, nous y reviendrons.

Autrement dit, la démarche clinique du clinicien qui intervient en adressant renverse le sens du « connais-toi toi-même » qui lie l'un à l'autre. Le vieil adage grec signifie en fait « reste à ta place ». Le « connais-toi toi-même » que proposent ces cliniciens, signifie, quant à lui : connais-toi non comme un inférieur ni un supérieur, mais comme un être égal à n'importe quel autre. Ce qui s'oppose, ce sont donc deux types de communauté. Soit on part de l'idée

que la société est fondée sur un certain ordre où chacun est à sa place, où les inégalités sont rationalisées en différence des places et des fonctions. Soit on part d'une société, certes virtuelle, mais impliquée dans chaque acte de parole, où n'importe qui peut ce que peut n'importe qui. C'est alors l'adresse d'un individu à un autre qui compte et non la capacité qu'un individu a de donner ou de recevoir du savoir. Le dispositif de connaissance permet alors au dispositif de reconnaissance d'émerger.

L'intervention clinique du CSMP n'est pas une méthode d'enseignement. C'est la raison pour laquelle, par exemple, un certain nombre de référents du CSMP n'ont jamais fait de programme d'enseignement dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers, même s'ils y enseignent régulièrement. De même, ils n'ont jamais voulu se transformer en chef d'institution sanitaire. Pour eux, l'important n'est pas d'établir un programme de soin ou d'instaurer un nouveau pouvoir normatif à partir d'un référentiel de bonnes pratiques, mais de mettre une intelligence en possession de son propre pouvoir. C'est ce qui mobilise la stratégie de la lutte chez les référents du CSMP (chapitres 1 et 2) et c'est en ce sens que nous pouvons parler de supports cliniques de propriété. Le clinicien peut partir d'un ticket de bus, d'un passeport-soin, d'un projet RMI, ou d'un projet AAH, à chaque fois le principe consiste en une méthode, si méthode il y a, d'exhaustion. On est devant un objet, comme devant une chose étrangère que l'on peut et doit entièrement s'approprier en procédant par association de ce que la personne sait à ce qu'elle ignore, sans recourir à des explications. Cela donne à voir généralement des cliniciens, qui lorsqu'ils se retrouvent dans la peau d'un enseignant, associent d'idées en idées sans jamais parvenir à tenir le plan qu'ils se sont cependant promis de suivre « cette fois-ci ».

Cette démarche est celle d'un accompagnement qui consiste à laisser trouver le chemin. Ce n'est pas une démarche active, où le clinicien organise le parcours d'obstacles (Mr DUCHEMIN) en orientant la personne comme une « patate chaude » ou en l'assistant en lui fournissant les ressources venant pallier à la perte de ses objets sociaux. « *Il faut aller au rythme des patients, on suit on ne précède pas.* »¹ Le support clinique de possession, mobilisé par le clinicien qui adresse, ne peut pas être considéré seulement comme synonyme de capital ou de ressource. Il s'agit de mettre la personne en situation de se servir de sa propre intelligence, non pour arriver au but mais pour se frayer un chemin. A travers

¹ Extrait d'observation, un psychiatre s'adressant à l'équipe d'infirmières dans une réunion clinique d'un CMP, 19 juillet 2006.

l'accompagnement proposé, les cliniciens cherchent à mettre en œuvre une relation de reconnaissance fondée sur des droits égaux entre individus et qui repose sur un savoir partagé des normes réglant des droits et devoirs égaux. Les enjeux de cette forme d'intervention sont donc politiques, ils ont à voir avec la distribution du pouvoir. Comme le remarque également Vinciane DESPRET¹ au sujet de l'ethnopsychologie, il ne s'agit pas de construire un savoir à la place de la personne mais de prendre en compte la manière dont celle qui est interpellée dans la relation d'aide peut prendre position par rapport à l'interpellation. Il s'agit donc de redistribution de l'expertise.

II. Les supports cliniques d'action

Face à l'empêchement que vivent les personnes en situation de précarité (empêchées, selon les référents du CSMP, soit par l'imposition de régimes d'inaction, soit par la marginalisation de leurs dispositions à l'action²), les cliniciens que nous avons rencontrés mobilisent tout un ensemble de projets et d'activités, récapitulés dans le tableau ci-dessous, qui viennent à leur tour « médier » la relation d'aide. Il s'agit ici de stimuler l'agir créateur des individus à travers tout un ensemble de supports d'action. C'est la raison pour laquelle nous choisissons d'appeler ces médiations des supports cliniques d'action. Là encore, les cliniciens utilisent ces supports en oscillant en permanence entre deux conceptions de l'individu. Par exemple, ils peuvent voir dans les activités et projets à la fois une manière d'investir et de travailler, de faire fructifier les ressources et le potentiel humain des personnes en situation de précarité, et en même temps, une indétermination quant au devenir et l'évolution de la personne. Parfois ils anticipent le projet (et la démarche « méthodologique » en quelque sorte à mettre en œuvre pour sa bonne réussite), d'autres fois, ils suivent la démarche de la personne : *« Oui, ce patient, en l'occurrence, il a monté un petit truc autour du lac de Divonne, il loue des trottinettes. C'est quelqu'un que j'ai rencontré et qui était dans une situation bien précaire. Il vit dans une caravane, il a beaucoup voyagé avant, il a vécu en Afrique, il a eu des moments où il a du pas mal réussi en Afrique et d'autres où il s'est cassé la figure. Il est revenu séropositif et puis c'est quelqu'un qui souffre d'alcoolisme depuis des années. Et qui a, à mon avis, un vrai problème psychiatrique. Je pense que c'est quelqu'un qui est bipolaire. Donc il a été orienté ici, il est venu une ou deux fois mais c'est la grosse difficulté avec ces gens, le respect du cadre est très difficile, donc ils ne respectent pas l'heure, ils viennent avant, ils*

¹ DESPRET V., « Qu'est-ce que l'ethnopsychologie ? », préface à LUTZ C., (2004), *La dépression est-elle universelle ?*, Paris, Le Seuil, Les Empêcheurs de penser en rond, p. 24.

² Cf. supra chap.4.II.*Le cadrage clinique des jeunes et des personnes âgées : marginalité et empêchement d'agir.*

viennent après, ils sont dans l'impatience, c'est impossible de rester dans une file d'attente, c'est toutes ces difficultés-là. » (Mme BAR, ancienne agent de santé du projet Déclic Santé).

	Les supports cliniques d'action
PASS de Fleyriat	Contrat de soins. Démarche de soins. Projet de réinsertion. Projet de cure de désintoxication .
Unité intrahospitalière du CPA « Épidaure »	Activités collectives (terre, musique, etc.). Ateliers individuels (relaxation, collages, dessin, jeux de société, ping-pong). Projet de cure de désintoxication. Projet social de sortie. Projet AAH et mise sous curatelle. Projet d'hébergement. Projet de postcure.
Centre de postcure « Hélios »	Activités (salle TV, ping-pong, jeu de cartes, scrabble). Ergothérapie. Activités « psychocorporelles » gymnastique, rééducation, piscine). Activité Lecture-collage. Activités de créativité. Projet de responsabilisation.
Centre d'accueil permanent	Projet de soin.
115	Prendre en compte son agir. Projet « bougez-vous ».
CHRS	Projets personnalisés : logement, hébergement, curatelle, AAH, etc.

Tableau 7 : Récapitulatif des supports cliniques d'action rencontrés dans la constellation sanitaire et sociale d'Emilio et dans les récits d'expérience clinique.

Ainsi, certains psychologues RMI, ou agents de santé comme dans cet extrait d'entretien, n'hésitent pas à formuler auprès de leur bénéficiaire des recommandations qui visent à rendre les individus producteurs et possesseurs d'eux-mêmes, comme, par exemple, en demandant à un chômeur « *de créer son propre emploi pour qu'il puisse exprimer pleinement toute sa créativité* » (Mme CHEVAL, psychologue RMI au CSMP).

D'un point de vue critique, et en suivant Robert CASTEL, nous pourrions penser que ce genre de recommandations « pourrait passer pour une plaisanterie de mauvais goût. [Et affirmer qu'il] est en fait une illustration limite de cette stratégie générale qui consiste à mobiliser les individus soumis aux contraintes pour qu'ils prennent eux-mêmes en charge l'exigence de les réguler. »¹ Nous ne souhaitons cependant pas rejoindre immédiatement ce point de vue critique, car il nous semble qu'il y a là une forme d'intervention ambivalente qu'il convient de décortiquer.

La tension dans la forme d'intervention des cliniciens de la précarité se situe entre deux conceptions de l'individuation, deux manières de penser le « sois toi-même » (visée d'authenticité). La première conception consiste à dire « sois toi-même, construis ton projet de vie par toi-même » (visée d'indépendance). La seconde consiste à dire « sois toi-même, co-construis ton projet de vie » (visée d'interdépendance).

¹ CASTEL R., (1981), *op. cit.*, p. 208.

1. Deux conceptions du devenir soi via la logique du projet : indépendance et interdépendance

Dans la première conception (devenir soi-même par soi-même), les projets et activités de tout ordre (thérapeutique, éducatif, de vie, de réinsertion, social, de sortie, hébergement, etc.) visent à favoriser la créativité à agir des personnes en situation de précarité en partant du principe que l'individu ne devient lui-même, accède à son autonomie, qu'en agissant à partir de lui-même, « *se bougeant* » (Mme ODIAUX). Il est indépendant, seul souverain de lui-même¹.

Dans la deuxième conception de l'individuation (devenir soi-même en étant attaché à l'autre), il ne s'agit pas de chercher à faire agir la personne en situation de précarité avec les prérequis normatifs de l'individu souverain mais plutôt, pour le clinicien, d'agir en situation, avec les personnes comme si tous deux ne pouvaient savoir qu'après coup ce en quoi consiste la réalisation de leur nature profonde (principe de l'accompagnement, de la co-construction que nous avons vu plus haut)². Dans cette forme d'agir, le clinicien n'est pas soumis avec la même prégnance aux normes d'action que dans la forme précédente. Le clinicien a tout d'abord conscience que, pour la personne qu'il accompagne, les règles du jeu ne sont pas claires, les normes sociales ne sont pas forcément perçues comme étant cohérentes. Il observe généralement qu'il y a un décalage, une incongruence entre le contexte dans lequel vit la personne et ce qu'on lui demande. Par exemple, Mlle CLERC s'indigne devant la demande du 115 formulée auprès de SDF de rappeler le service à 17h30 pour confirmer une demande d'hébergement alors que ces personnes sont, à cette heure-là, dans un état d'ébriété qui ne leur

¹ Alain EHRENBERG a développé cette problématique de l'individu souverain, producteur de lui-même qui décide et agit par lui-même comme s'il était l'« entrepreneur de sa propre vie » (1995, 1998, 2004), là où LEVI-STRAUSS parlait quant à lui de « totémisation de soi » : « Tout se passe comme si, dans notre civilisation, chaque individu avait sa propre personnalité pour totem. » *La pensée sauvage*, Paris, Plon, (1960), p. 284-285. Comme le souligne Isabelle ASTIER, Luc BOLTANSKI considère pour sa part que l'on peut caractériser l'individu contemporain par cette nécessité de « devenir soi-même » permettant de répondre à l'injonction « d'être quelqu'un et d'être flexible » : il s'agit de « changer pour faire advenir et découvrir ce que l'on était, en quelque sorte en puissance, de façon à ne plus être le même tout en dévoilant sa conformité à un soi originel » BOLTANSKI L., CHIAPELLO E., (1999), p. 560 cité par ASTIER I., DUVOUX N. (dir), (2006), *La société biographique : une injonction à vivre dignement*, Paris, L'Harmattan, p. 26.

² Ce type d'intervention correspond à l'« agir tactique » décrit par Marc-Henry SOULET (2003), agir indissociable des circonstances et de la situation dans lesquelles il se déploie. Comme le remarque également Bertrand RAVON, « au contraire des stratégies qui reposent sur le calcul des rapports de forces, la tactique « est un calcul qui ne peut pas compter sur un propre, ni donc sur une frontière qui distingue l'autre comme une totalité visible. La tactique n'a pour lieu que celui de l'autre. Elle s'y insinue, fragmentairement, sans le saisir dans son entier, sans pouvoir le tenir à distance. (...) Il lui (la tactique) faut jouer continuellement avec les événements pour en faire des « occasions ». (de Certeau, 1990) », RAVON, (2008), *op. cit.*, p. 112.

permet pas de le faire. Dans le même ordre d'idées, elle trouve normal de ne pas s'indigner devant le fait que les personnes en situation de précarité ne viennent jamais aux rendez-vous fixés. Face à ces règles, la personne en situation de précarité se retrouve dans l'incapacité de se projeter, de développer des stratégies, de définir des buts précis et explicites en termes d'action, ce qu'on ne manque pourtant pas de lui demander à travers sa participation engagée à de multiples projets¹. En l'absence de normes explicites et reconnaissables, tout reste mouvant pour la personne, ce qui la place à la limite de l'« agissabilité ». Dans ce contexte, pour le clinicien, il devient difficile de prévoir aussi bien les conséquences de son action sur la personne que le retour de l'action de la personne. Il est donc empêché dans sa capacité à produire des enchaînements d'action, ce qui ne lui permet plus de se situer dans l'agir stratégique. Nous pouvons observer que se dégage alors un registre d'action orienté ni par les intérêts, ni par les normes, mais par l'action elle-même². C'est le cas de Mlle CLERC qui, face à l'indétermination dans laquelle la plonge Emilio, ne peut prévoir ni quand il va venir la voir, ni combien de temps il va rester, ni de quoi ils vont parler. Elle ne peut donc agir que tactiquement, en situation, ici et maintenant : « *C'est compliqué mais on arrive toujours à faire quelque chose. [...] à chaque fois on essaie de se réadapter.* » (Mlle CLERC).

Cependant, dans cette forme d'agir tactique, l'horizon normatif reste parfois celui qui consiste à faire « bouger » les individus, celui de les activer (Mr NOMAD, Mr DUCHEMIN, Mme ODIAUX). En effet, en prenant au sérieux la proposition philosophique du « sois toi-même, co-construis ton projet de vie », cette seconde politique de l'individu se doit d'offrir des institutions, des espaces, des supports tels que chacun puisse « faire » et, en faisant, se construire.

Le clinicien se retrouve mis en tension entre deux postures : celle de l'expertise et celle de l'ignorance. Expertise, parce qu'il est expert du corps (ergothérapeute, relaxation) et des sens (musicien, technicien de la terre cuite), expert du psychisme (activité psychocorporelle, photolangage). Il cherche à faire accéder la personne en situation de précarité à l'autonomie en utilisant des objets, des actes, tout un panel de médiation dont il possède la technique et l'expertise. Ignorance parce que, là encore, l'égalité des intelligences semble être un principe fondateur de son expertise. En étant ignorant, il reste relié aux individus qu'il accompagne.

¹ Cf. supra chap.3.III.2.*La non-demande : une mise à l'épreuve de la logique du projet.*

² Nous nous rapprochons également ici de la notion d'agir poïétique développée par Marc-Henry SOULET (2003) qu'il définit comme étant une forme d'action instituant d'action.

Tenir les deux côtés de l'expertise et de l'ignorance ne va cependant pas de soi. Les référents du CSMP donnent à voir toute l'ambivalence de cette posture à travers notamment les relations qu'ils entretiennent avec leurs collègues dans les Centres Médico-Psychologiques (CMP).

2. Les relations entre les référents du CSMP et leurs collègues dans les Centres MédicoPsychologiques : intervenir entre expertise et ignorance

Nous avons pu observer que les référents du CSMP sont en permanence dans une position paradoxale et ce pour deux raisons. Premièrement, en ce qui concerne leur compétence et leur qualification, ce sont des cliniciens qui sont positionnés comme experts en matière de santé mentale, en matière d'accompagnement clinique de la souffrance psychique puisqu'ils appartiennent tous au CPA. Ils sont cependant recrutés au CSMP plutôt sur leur savoir être (engagement volontaire, militantisme, facilité à circuler dans les réseaux), que sur leur savoir¹. Deuxièmement, dans le principe même de la position du référent, leur rôle n'est pas de tout connaître. Le référent doit éviter d'être un homme orchestre pour être au contraire un catalyseur (de partenaires par exemple) pour aider à « faire faire »². L'action d'étayage que propose le CSMP, rappelle aux référents que leur mission est justement d'étayer et de soutenir leurs collègues (du sanitaire comme du social) et ce malgré les sollicitations et demandes d'aide qu'ils reçoivent en permanence. En effet, les référents affirment eux-mêmes que dans leur structure respective, on les considère un peu comme les « *Zorro de la précarité* », les « *monsieur* » et « *madame précarité* »³. Les équipes soignantes des CMP, par exemple, auraient le fantasme que les référents du CSMP seraient capables de tout comprendre, de tout accompagner. A travers ces différentes casquettes « précarité », nous voyons bien comment la volonté du référent d'être le porteur du souci d'accompagnement des personnes en situation de précarité rejoint celle des autres soignants d'accompagner ces personnes mais sans savoir comment les attraper. L'ambiguïté dans cette forme d'intervention réside dans le fait qu'en même temps qu'ils sont considérés comme des « experts précarité », la majorité des référents sont maintenus du côté des ignorants (au sens péjoratif du terme), du fait que dans la plupart des CMP, l'on ne reconnaisse pas la problématique « précarité ». Cette non reconnaissance

¹ Cf. supra chap.1.II.2.L'engagement des professionnels du CSMP : des cliniciens entrepreneurs d'action publique.

² Cf. supra chap.2.II.Connaître les partenaires à travers des activités d'étayage et de réticulation.

³ Extraits du cahier de notes personnelles. Propos des référents du CSMP, réunions plénières 2006-2007.

touche alors en même temps autant leur carrière professionnelle que leurs références théoriques, et donc leur expertise.

Les stratégies permettant aux référents de faire tenir une forme d'égalité des intelligences dans leur relation à leurs collègues sont elles aussi pleines d'ambivalence et les positionnent de manière paradoxale. La première stratégie du référent ne consiste non pas à reconnaître sa part d'ignorance, en suivant les injonctions qu'on lui fait au CMP, mais plutôt à refuser d'utiliser ses compétences. Il se met alors dans une position d'ignorant pour amener les autres à prendre en charge le problème posé. Il ne propose pas d'emblée ses compétences cliniques, en tant que « référent de la précarité » (comme il se présente lui-même parfois), comme une solution, mais va tenter d'amener l'institution où il travaille à quitter une position de refus au nom d'une inégalité de départ, pour un principe d'égalité des intelligences. Pour ce faire, le référent s'appuie sur une confiance construite avec les agents ordinaires (ses collègues de CMP) et une connaissance qu'il a de la clinique d'autres pathologies (comme la psychose par exemple) pour faire passer ses explications (nous avons déjà évoqué cette stratégie lors des activités de sensibilisation mises en œuvre par Mr TABARY¹). Nous allons prendre deux exemples pour illustrer ce propos : l'exemple du non-jugement, et l'exemple des réseaux.

Le premier exemple de connaissance mobilisée par les référents et qui leur permet de faire tenir une forme d'égalité des intelligences aux côtés des agents ordinaires est le non-jugement. Le non-jugement, c'est l'absence d'imposition d'un point de vue moral sur l'agir de l'autre. Les personnes psychotiques, comme les personnes en situation de précarité, peuvent souffrir d'une certaine forme d'empêchement dans leur créativité à agir soit par l'imposition de régimes d'inaction, soit par la marginalisation de ses dispositions à l'action². Le non-jugement, cette « opération de l'immanence », mis en œuvre par les cliniciens pour accompagner alors ces personnes en souffrance d'un trop plein de jugement en quelque sorte, permet d'associer leur compétence d'experts en psychopathologie de la psychose avec les leçons qu'ils ont pu tirer de leurs expériences clinique et personnelle afin de ne pas relier les projets ou les activités à une visée extérieure autre que celle de l'individu. Le non-jugement pour la plupart des agents ordinaires de l'institution psychiatrique est devenu une valeur thérapeutique incontestable. Contrairement à ce que l'on peut lire dans les projets de service où les individus sont sans arrêt étiquetés (« *psychotique* », « *patient borderline* », « *état*

¹ Cf. supra chap.2.I.1.*Connaitre les problèmes à travers des activités de sensibilisation.*

² Cf. supra chap.4.II.*Le cadrage clinique des jeunes et des personnes âgées : marginalité et empêchement d'agir.*

limite ») il est devenu commun de considérer ces individus en tant que personne. Mais pour le référent du CSMP, cette connaissance n'est pas forcément la chose qu'elle explique, alors qu'elle devrait l'être selon lui. Le non-jugement est avant tout pour le référent un outil, lui permettant de faire travailler la situation avec les agents ordinaires du CMP, afin de les mettre à égalité et, pour qu'à son tour, celui-ci cherche à entendre les raisons de l'individu en situation de précarité.

Il nous semble que le référent endosse bien ici la figure de l'ignorant qui se refuse à transporter des savoirs que lui seul maîtriserait, en tant qu'expert. Au contraire, il ne cesse de demander la vérification de l'égalité des intelligences dans un rapport de volonté à volonté. Il ne laisse pas les agents ordinaires ne rien faire, mais il leur demande ce qu'ils ont fait, par exemple, avec un psychotique, ou encore avec une personne âgée, pour résoudre le problème. C'est, par exemple, ce qui se produit lors des réunions plénières lorsque les référents du CSMP demandent à tel ou tel agent ordinaire du CPA spécialisé sur des publics spécifiques (personnes âgées, adolescents, par exemple) de venir parler de leurs pratiques. L'intervenant est invité à présenter un cas de précarité qu'il rencontre dans son quotidien. Ce faisant, il est bien obligé de mettre en œuvre un travail réflexif sur sa pratique en la considérant comme activité de traitement clinique de la précarité, et de faire le pari de l'égalité des intelligences avec les référents du CSMP qui connaissent, en théorie, moins bien son public que lui, mais mieux le public précaire et sa problématique.

Un deuxième exemple de connaissance mobilisée par les référents et qui leur permet de faire tenir une forme d'égalité des intelligences auprès des agents ordinaires se situe au niveau de l'activité de réticulation des référents. Nous avons vu, en effet, que ces derniers souhaitent amener les professionnels et représentants d'institution à se déplacer et à travailler ensemble en réseau¹. Pour les référents du CSMP, l'idée du partenariat suppose d'abord que chacune des deux parties en présence considère une certaine égalité des personnes, ce qui n'est pas toujours le cas entre les différentes structures en question (par exemple structure du social et CPA²). La visée d'égalité peut alors produire de l'inégalité en venant simplement révéler l'absence de visée d'égalité.

¹ Cf. supra chap.2.II.*Connaître les partenaires à travers des activités d'étayage et de réticulation.*

² Cf. supra chap.1.*Le Carrefour Santé Mentale Précarité : l'émergence d'un collectif d'intervention auprès des personnes en « souffrance psychique ».*

Plus encore, malgré la volonté du référent de construire ce rapport égalitaire, il part bien des raisons d'inégalité (la différence des savoirs et des discours entre les professionnels) pour essayer, par la mise en œuvre d'un dispositif technique (les Espaces Rencontres, le RSMP), d'équilibrer, de compenser l'inégalité. Un référent des Espaces Rencontres CHRS-CMP dira par exemple qu'il s'agit à travers ce dispositif « *d'apprendre aux éducateurs à prendre soin de leur bénéficiaire comme eux prennent soin de [leur] patient* ». Mais, en même temps, on reste sur une volonté de ne pas nier les différences puisque les référents affirment que les rôles et missions de chacun doivent être bien respectés. Là encore, la solution consiste alors à dire qu'il ne faut pas partir de ce que l'ignorant ignore pour combler les inégalités mais de ce qu'ils savent, c'est-à-dire de leur expérience de professionnels qui savent déjà *prendre soin* de l'autre. Les activités d'étayage, que constituent les Espaces Rencontres, sont ainsi considérées plus comme des groupes d'échanges de la pratique que de la supervision¹. L'idée générale des activités d'étayage, c'est que le référent en tant qu'ignorant ne transmet pas un savoir mais une volonté d'apprendre (apprendre à *prendre soin*), et que sa propre volonté est un modèle pour le partenaire (le travailleur social, l'agent ordinaire du CMP). Il s'agit en effet moins d'apprendre (techniquement) à *prendre soin* que d'apprendre à apprendre car apprendre à apprendre constitue pour les référents une forme d'intervention qui *prend soin*. Les référents sont donc ici à la fois, un modèle de volonté et un modèle d'égalité, alors que leurs interventions s'inscrivent dans un espace fortement structuré par une opposition nous/eux et que leur statut même vient brouiller les frontières.

En tant que « référents », ils sont à la fois missionnés par le CSMP (qui les réfère pour porter une parole²) mais ils sont aussi agents ordinaires des institutions sanitaires et sociales dont ils dépendent. Cette double appartenance peut entraîner des identifications par rapport à la logique policière du côté de leurs collègues ; les agents ordinaires pouvant se sentir évalués dans leur capacité à prendre en charge les précaires³. Mais elle peut également entraîner des

¹ Mais cela n'empêche pas que les référents, lors des Espaces Rencontres auxquels nous avons pu participer, réalisent parfois un travail d'expertise à travers la recherche de diagnostic qui les sort de leur posture d'ignorant et les positionnent dans une sorte de supervision temporaire en tant qu'expert.

² Etymologiquement, le mot « référent » provient du verbe « référer », qui en latin « re ferre » signifie « reporter, rapporter ». Le préfixe « re » indique un mouvement de retour, un mouvement en arrière, alors que « ferre » signifie « porter ». « Référent » pourrait donc signifier porter en retour. Le Robert (Dictionnaire historique de la langue française, sous la direction d'Alain REY) précise, quant à lui, qu'aucun des emplois transitifs du verbe ne s'est maintenu depuis son premier sens jusqu'à celui d'« annoncer » de « raconter ». Le « référent » serait donc celui qui porte et rapporte une parole, ici celle de la démarche clinique du CSMP.

³ Et ce d'autant plus que le CSMP réalise en permanence tout un ensemble d'évaluation des besoins et d'autocontrôle de ses actions (chapitre 2).

identifications du côté d'une égalité d'impuissance à agir puisque les référents leur répondent généralement qu'ils ne savent pas mieux faire qu'eux mais qu'ils sont prêts à réfléchir ensemble pour améliorer la prise en charge. Les engagements personnels aux fonctions de référence du CSMP constituent alors des exemples et des précédents qui ouvrent des perspectives pour les agents ordinaires parce que les référents manifestent leur propre émancipation, et qu'ils font de cette émancipation une des clefs pour sortir des impasses dans lesquelles les plongent les personnes en situation de précarité. Ils ont eux-mêmes franchi le pas, non pas vers le savoir (notamment le savoir d'un expert possédant les bonnes pratiques, comme l'élève de l'expert franchirait le pas de l'ignorance au savoir), mais le pas, plus radical, de la croyance dans l'égalité. Leur engagement affranchi¹, leur conviction qui est affirmée dans les réunions plénières, signalent, sans aucun doute, la nature du pas accompli et la croyance dans l'égalité des intelligences. La forme d'intervention de référence, construite sur ces différents paradoxes et ambivalences liés à la double appartenance du référent, donne lieu à subjectivation et contribue à l'actualisation de l'égalité pour les agents ordinaires des institutions sanitaires et sociales. Les référents du CSMP montrent en quelque sorte qu'il est possible de *prendre soin* des personnes en situation de précarité tout en travaillant à l'invention de formes individuelle et collective d'actualisation de l'égalité.

Ce détour sur les relations qu'entretient le référent avec ses collègues agents ordinaires de l'institution psychiatrique nous permet de réinterroger la logique du projet contenu dans la pratique des cliniciens rencontrés. Nous pouvons nous interroger en effet à partir de l'existence même de ce dispositif CSMP de savoir si on est toujours dans cette logique du projet, si les agents institutionnels avec lesquels travaillent les référents du CSMP, sont convaincus de cette nécessité de l'insertion à tout prix, de cette possibilité de progrès via le projet et les activités thérapeutiques tous azimuts.

3. La logique du projet face à la non-demande

Nous pouvons observer dans les différents récits d'expérience clinique, qu'un certain nombre de cliniciens s'interrogent sur le devenir de ceux qui ne prétendent pas accéder à l'action, ceux qui n'ont pas la volonté de s'inscrire dans un projet. Que faire de celui qui n'est pas dans

¹ Cf. supra chap.1.II.2.L'engagement des professionnels du CSMP : des cliniciens entrepreneurs d'action publique.

la demande, qui n'exprime pas de désir, s'interrogent les cliniciens du CPA¹ ? Que faire si les projets et les activités thérapeutiques assoient leur légitimité et leur action sur le fait que le patient/bénéficiaire vient à eux avec sa propre volonté d'apprendre et de s'émanciper ? Est-ce à dire que le clinicien aide à s'émanciper uniquement ceux qui sont déjà suffisamment émancipés pour avoir le désir de davantage d'émancipation ? Autrement dit, est-ce que le soignant n'aide la personne à accéder aux soins que si celle-ci est déjà sur le chemin de la santé ? Il nous semble que nous en venons ici à renverser les termes initiaux. Il ne suffit pas que le clinicien fasse l'hypothèse de l'égalité des intelligences, c'est également la personne en situation de précarité qui doit déjà y croire pour accéder au projet par exemple. Si nous relient cela à la lumière de la rhétorique de l'insertion, nous pouvons alors aisément alimenter la sociologie critique de la clinique contemporaine : celui qui ne veut pas s'intégrer et/ou se soigner n'intéresse pas le clinicien. L'Etat, via l'institution sanitaire ou sociale, figure du maître explicateur, peut alors expulser la personne en situation de précarité sans que celle-ci ne puisse s'en émouvoir. C'est ce qui se produit dans la constellation sanitaire et sociale d'Emilio à trois reprises : lors de sa sortie du service Epidaure pour aller au centre Hélios, lors de sa sortie du centre Hélios, et enfin lors de sa sortie définitive du CPA, les différents projets de responsabilisation ne tenant pas. Alors que la pensée de l'émancipation qui semble présente au CSMP est censée récuser les logiques de partition, les cliniciens de la précarité n'opèrent-ils pas là une distinction entre ceux qui ont l'intelligence d'égalité et ceux qui ne l'ont pas, ceux qui veulent passer la barrière du projet et ceux qui ne le veulent pas et de penser avec Isabelle ASTIER : « à travers la pratique du projet se développe toute une rhétorique de l'authenticité et de la sincérité envers soi-même. Un individualisme de l'autoréalisation. Ce qui était, il n'y a pas si longtemps encore, de l'ordre de l'émancipation, de la découverte de soi, nous revient sous la forme d'une injonction extérieure, la discipline d'autonomie »² ?

Les supports cliniques d'action présentent un risque dont les référents du CSMP sont conscients : celui de faire bénéficier la personne en situation de précarité de la solidarité collective en échange d'un comportement bien particulier : celui de s'activer. La redistribution est donc placée sous contrat d'activation. Selon la plupart des cliniciens rencontrés dans l'étude de sa constellation, Emilio n'a jamais apporté les preuves qu'il voulait

¹ Cf. supra chap.3.III.2.*La non-demande : une mise à l'épreuve de la logique du projet.*

² ASTIER I., (2007), *op. cit.*, p. 20.

s'en sortir par lui-même et à partir de lui-même. Lorsque Mlle LEDOUX nous explique que finalement, le service psychiatrique a élaboré le projet d'Emilio sans que ce dernier ne donne son accord « *puisque'il n'avait aucun désir de toute manière* », cela nous montre que l'objectif est finalement plus d'accompagner les projets des individus que les individus eux-mêmes, et que si ces derniers n'en ont pas, l'institution en fabrique un à leur place. Nous rejoignons ici à nouveau Isabelle ASTIER dans ses analyses de la logique d'accompagnement : « le modèle d'action pour les professionnels de l'action publique est devenu un modèle incitatif. La normativité nouvelle est active. Il ne s'agit plus de faire rentrer les usagers dans le rang mais de les « faire faire ». [...] A chaque fois, le projet sert de prétexte pour amener l'individu à s'interroger sur ce qu'il veut dans tel ou tel domaine de sa vie. Sans doute peut-on parler de tyrannie du projet se doublant d'une tyrannie de la flexibilité. Car l'idéal vers lequel chacun doit tendre dans la « cité par projets », le nouvel horizon de l'intégration est d'être quelqu'un tout en étant flexible (Boltanski, Chiapello). »¹

La logique d'accompagnement à l'œuvre dans la constellation sanitaire et sociale d'Emilio est parfois plus une logique d'intégrabilité par un travail sur l'accessibilité aux soins, qu'une logique d'intégration par un travail de soin à proprement parler². Nous rejoignons la proposition de Robert CASTEL de voir dans ce changement le signe d'une crise profonde du modèle d'intégration sociale classique, durkheimienne³. Pour Robert CASTEL, dans cette seconde logique, l'intégration se fonde « à travers l'inscription des individus dans des structures sociales stables et des collectifs structurés : collectifs de travail avec des syndicats puissants et une organisation collective de la vie sociale, mais aussi régulations collectives du droit du travail et de la protection sociale ». Il s'agirait dans cette logique de produire un être moral, un individu abstrait débarrassé de ses appartenances singulières et « mu par les « raisons du cœur » autant que par la logique des coûts et des bénéfices (Bernier L., 1998). » Cette logique se heurte cependant au fait que, comme nous l'avons vu à travers l'étude de l'engagement des référents du CSMP, l'individu aujourd'hui déconstruit en permanence ses propres appartenances (figure de l'affranchi) à travers à la fois sa capacité d'intériorisation et d'autoréflexivité (Ulrich BECK) et sa capacité d'objectivation. C'est-à-dire que l'individu

¹ *Ibid*, p. 129.

² *Ibid*.

³ CASTEL R., « Devenir de l'Etat-providence et travail social », dans ION J., (2005c), *op. cit.*, p. 34.

contemporain se caractérise « par la capacité à être à la fois lui-même et à avoir un esprit critique supposant une prise de distance d'avec sa situation personnelle. »¹

Selon Mlle CLERC, la loi de lutte contre l'exclusion sociale matérialise l'article 25 de la déclaration universelle des droits de l'homme qui stipule « le droit de chaque individu, de tout être humain à vivre dans la dignité » : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. » Pour la personne en situation de précarité, ce droit à la dignité prend la forme du contrat, présent dans chaque activité thérapeutique et dans chaque projet, où se loge le devoir de vivre dignement. Comme le remarquent Isabelle ASTIER et Nicolas DUVOUX à propos du salarié, « cette reconnaissance de sa dignité et de son droit à l'épanouissement va s'échanger contre l'engagement de sa personne toute entière dans le travail ». Dans le cas de la personne en situation de précarité, comme dans celui du clinicien salarié, « nous voyons de puissantes procédures de responsabilisation se mettre en place. Bien évidemment, ce nouveau droit social, en reconnaissant l'exclu ou le salarié en tant que personne, ouvre de nouvelles perspectives pour les individus, mais il les expose aussi très différemment que ne le faisait le droit social classique. Il s'agit ici d'appliquer un principe d'égalité concrète qui, d'une certaine manière, prétend égaliser en différenciant. Le droit à la dignité n'est par conséquent jamais très loin de l'injonction à vivre dignement. »²

En élaborant le projet à la place de la personne, ou en choisissant de la mettre en dehors de l'institution parce que la personne n'a pas tenu le contrat (centre de postcure « Hélios »), l'institution combat l'individu concret, laissant à penser que seul l'individu abstrait qui cadre bien avec le dispositif pourrait être maintenu en son sein. A l'inverse, nous avons vu à plusieurs reprises, que les cliniciens considèrent et s'adressent aux individus (patients ou collègues) en tant qu'être singulier, en tant que « personne », ils refusent de plus en plus fréquemment d'être considérés comme « hors le monde », individu abstrait. Contrairement à ce que propose l'institution psychiatrique dans la situation d'Emilio, les cliniciens affirment

¹ ASTIER I., DUVOUX N. (dir), (2006), *op. cit.*, p. 25.

² *Ibid*, p. 23

que la prise en compte de l'individu concret, ne peut passer que par l'acceptation d'une certaine forme d'égalité des intelligences, d'une part, et d'autre part, par l'acceptation du fait que les inégalités sociales puissent entrer dans l'institution. Comme le soulignent Isabelle ASTIER et Nicolas DUVOUX, penser de la sorte, « c'est considérer que l'égalité n'est pas « déjà là » mais qu'il faut la construire. »¹ Ce qui est bien différent du fait d'écarter l'individu concret de la prise en charge car il ne répond pas au système normatif de l'institution.

Les supports cliniques d'action supposent que l'agir créateur des individus soit considéré sans discrimination afin qu'ils puissent ainsi développer un sentiment d'estime de soi. Pour ce faire, les cliniciens vont respecter les formes d'action déployées par les personnes en situation de précarité. Ils vont chercher à développer un sentiment de respect chez la personne en accordant une valeur quant aux prestations qu'elle assure dans les ateliers thérapeutiques par exemple, ou aux capacités qu'elle possède. Il s'agit de lui montrer que ses capacités à agir ne sont pas dépourvues de « valeur » aux yeux des autres membres du groupe, et de la société.

L'infirmière : « Vous nous avez encore fait un chef d'œuvre aujourd'hui David. Vous vous rappelez comment ont réagi les autres lors de notre exposition l'année dernière ? »

David (un patient) : « [ruminement] »

L'infirmière : « Est-ce qu'il y en a qui se rappelle comment ça s'est passé l'année dernière, vous vous rappelez lorsqu'on a exposé tous vos dessins ? »

Joceline (une patiente) : « Oui, il y a avait plein de monde. »

L'infirmière : « et ils faisaient quoi tous ces gens ? »

Joceline : « ils regardaient nos dessins. »

L'infirmière : « bien sur qu'ils regardaient vos dessins, ils étaient venus voir votre exposition. »

Véronique (une patiente) : « David, il fait du Monnet [rire] »

L'infirmière : « et c'est qui Monnet ? »

Véronique : « un grand peintre, Monnet c'est un grand peintre ! »

L'infirmière : « oui c'est un grand peintre, et ils ont dit ça parce qu'ils ont été impressionnés par les dessins de David qui fait de l'impressionnisme, vous vous en souvenez David, Monnet c'est lui qui a inventé l'impressionnisme. Et qu'est-ce que vous m'avez dit en sortant ? »

David : [il sourit]

Joceline : « il a dit qu'il était heureux »

L'infirmière : « vous vous rappelez que vous avez dit ça David, vous avez dit que vous étiez heureux, vous vous en rappelez ? »

David : [hochement de tête en signe d'approbation]

L'infirmière : « Toutes vos peintures ont bien plu, d'ailleurs on m'a demandé quand est-ce qu'on allait refaire une exposition cette année, ça vous dirait ? On pourrait la faire à la mairie si vous voulez, ils ont ouvert un espace exposition. »

Extrait d'observation d'un atelier thérapeutique « peinture » dans un CMP, 20 juillet 2006.

¹ Idem.

Ce faisant, le clinicien met en œuvre une sorte d'« éthique du proche » au sens de Baird CALLICOTT¹, c'est-à-dire une éthique qui permet de faire vivre à la personne en situation de précarité, qui peut être aussi très psychotique comme dans l'extrait ci-dessus, une expérience de solidarité, comme manifestation de sa propre responsabilité. Si cette expérience s'actualise d'abord dans un contexte de subsidiarité, à l'échelle de la consultation ou de l'atelier thérapeutique, elle laisse ensuite entrevoir la possibilité d'un élargissement aux autres communautés d'appartenance de la personne en situation de précarité, qui sont multiples, qui se chevauchent ou sont imbriquées les unes dans les autres. Nous comprenons ainsi pourquoi l'éthique de la responsabilité sociale doit tenir compte du contexte : contexte culturel, mais aussi contexte naturel, et ce faisant nécessite une forme d'intervention « écologie », comme nous allons le voir maintenant, de la part de celui qui la met en œuvre. Une éthique n'engage pas seulement les rapports entre les hommes, elle les situe dans des lieux « singulièrement affectés », observe Baird CALLICOTT, nous dirions quant à nous, au regard de ce que nous amènent ces cliniciens, singulièrement adressés.

III. Les supports cliniques de narration

« D'année en année, le contenu de la prestation des psycho RMI se définit mieux (ce qui ressort d'ailleurs dans l'approche clinique qui s'exprime plus spontanément dans les rapports) : au départ, position acrobatique entre le social et le médical, aujourd'hui inscription dans le domaine nouveau du psycho-social. C'est-à-dire, travail intime dans le lien social, le rapport entre les ressources psychiques du sujet et son attachement avec la société. [...] On voit se construire un trajet de prise en charge : après l'établissement d'une relation de confiance, et de reconnaissance, ce qui peut prendre deux à trois séances, le travail s'autorise toute extension dans l'interne ou vers l'extérieur, à partir du moment où elle est validée par cette intimité de la relation. L'enchaînement se fait avec les éléments de la réalité sociale, l'inscription, l'insertion, mais aussi la découverte, l'apprentissage, l'aide concrète, etc... »

Bilan de l'activité des psychologues RMI de l'Ain.
Année 2006. Rédigé par Mr Z, p. 1.

1. Le support clinique de narration : le lieu d'une construction sans cesse réinventée de la réalité biographique de l'individu

Nous pouvons observer que, face aux expériences du mépris et à l'impossibilité de prise de posture narrative qui en résulte, les cliniciens mobilisent différents supports permettant de

¹ CALLICOTT B., (1994), *Earth's Insights. A Multicultural Survey of Ecological Ethics from the Mediterranean Basin to the Australian Outback*, University of California Press.

palier à l'invisibilité sociale (transparence), à la perte de la capacité à dire je et/ou à parler de soi (sans voix), ou encore au « clivage au moi ».

	Les supports cliniques de narration
PASS de Fleyriat	Interprètes. Entretien spécifique. Consultation sociale. Rencontre avec la personne. Contrat de soins. Réseaux autour de la personne. Contacter l'entourage familial. Portage à plusieurs.
Unité intrahospitalière du CPA « Epidaure »	Bilan général. Bilan social et administratif sur l'ouverture des droits. Activités collectives (terre, musique, etc.). Ateliers individuels (relaxation, collages, dessin, jeux de société, ping-pong). Projet de soin. Projet social. Projet de sortie.
Centre de postcure « Hélios »	Accueil. Entretien à visée psychothérapeutique.
Centre d'accueil permanent	Accueil. Entretien pour bilan somatique. Bilan social et administratif
115	Ecoute.
CHRS	Lieu de sociabilité et d'écoute.

Tableau 8 : Récapitulatif des supports cliniques de narration rencontrés dans la constellation sanitaire et sociale d'Emilio et dans les récits d'expérience clinique

Ces supports peuvent être des relations (amicales, familiales, professionnelles), des objets matériels¹ (des biens) ou des techniques (entretien thérapeutique, entretien d'accueil, bilan de toutes sortes, activité thérapeutique, etc.) et, comme les deux autres types de support (propriété, action) ils se chargent dans la situation de la rencontre. Ils visent à étayer le tissu social de la personne, tissu social saisi à partir de l'ensemble de ses composants, raison pour laquelle les supports cliniques de narration apparaissent comme étant protéiformes.

A travers les supports cliniques de narration, ce qui importe pour le clinicien semble être la construction sans cesse réinventée de la réalité biographique de l'individu, ce qu'il en dit plus que ce qui c'est réellement passé. Ce qui est important ici, ce ne sont pas tant les faits et les comportements même interactionnels rapportés à ces supports, mais la perception, la signification et les croyances que possède la personne et qui donnent un sens aux faits et aux interactions (Mr DUCHEMIN). Pour saisir le sens accordé à ces faits et interactions, le clinicien doit fournir un cadre vide, par exemple l'entretien, prêt à être rempli par n'importe quel objet faisant sens pour l'individu. L'action efficace pour les cliniciens est alors la « *construction ensemble* », la « *co-construction de sens* » autour de cet objet (comme dans

¹ Sur le rôle des « objets » en tant qu'entours garantissant la consistance des individus, cf. Laurent THEVENOT, « Le régime de familiarité. Des choses en personne. », *Genèses*, n°17, 1997, p. 72-101.

l'exemple du porte-encens). Selon les cliniciens, dans un entretien thérapeutique, les personnes en situation de précarité doivent pouvoir aborder n'importe quel sujet, n'importe quelle situation de leur histoire : ils parlent alors d' « *écoute bienveillante* » et ici aussi de « *non-jugement* ».

« Les entretiens individuels

Soulignons l'importance de la première rencontre avec la personne qu'il faut différencier du premier entretien seuls en tête à tête ; le contact étant toujours plus facile quand le prescripteur assiste à cette première rencontre et pose déjà les bases de la problématique. Ce n'est peut-être pas le moment pour trop insister sur l'aspect santé, se faire trop pressant, trop curieux pouvant effrayer. Le plus souvent cela se passe à Déclic (AS de Ferney, Accueil Gessien) mais aussi au domicile avec l'AS (Divonne, St Genix) ; lorsque le prescripteur ne peut être présent c'est par téléphone qu'il expose la situation. Notons que plusieurs personnes participaient déjà aux activités de Déclic et que l'orientation vers Déclic Santé fut proposée par les agents d'insertion. Assez peu sont venus spontanément et à ce moment-là, la première rencontre est aussi le premier entretien.

Objectif 1 : Donner à la personne envie de revenir – Gagner sa confiance

Le premier entretien est capital. Agir avec délicatesse, prudence.

Importance de prévoir, de ne pas être dérangé et donner l'impression d'une totale disponibilité.

Importance de l'accueil : proposer une boisson, accompagner par rapport au lieu.

Importance de se présenter et surtout expliquer le rôle de Déclic et de Déclic Santé : une aide dans tous les problèmes concernant la santé, avec la liberté et le respect de leur choix d'accepter ou non cette aide, aucun engagement ne leur étant demandé. Différencier contrat santé RMI et cette prestation (pas de conséquence sur l'attribution du RMI).

Importance d'insister sur le côté confidentiel et secret professionnel.

Importance de s'adapter à la personne : évaluer si la personne est réticente, mal à l'aise et dans ces cas, rassurer, dédramatiser ; ne pas brusquer, sentir ce qui lui est possible de dire ou pas lors de ces premiers entretiens. Ce qui veut dire qu'il n'y a pas d'entretien type.

Objectif 2 : Evaluation globale de la personne et repérage des difficultés

Commencer par des questions simples et demander pour quelles raisons (à leur avis) on leur a proposé de venir à Déclic Santé et pour quelles raisons ils ont accepté.

Evaluer le contexte : social, familial, les conditions de vie, les parcours affectifs, professionnels et médical.

Laisser la personne s'exprimer le plus possible et rebondir sur ce qui est dit de façon immédiate ou lors d'un prochain entretien. Il arrive que les premiers entretiens ne soient que de l'écoute.

Observer la personne : physiquement, son attitude.

La fréquence des entretiens dépend du souhait de la personne ; ne pas faire de forcing surtout quand la réticence est importante, l'idée est d'une rencontre toutes les deux semaines, il y a aussi les participations aux ateliers et les appels téléphoniques. La durée moyenne de l'entretien est d'1heure 30. Très peu de notes sont écrites lors de l'entretien mais une synthèse est faite après et un dossier est mis à jour de façon régulière (date des entretiens, durée, etc...). Pour chacun, essayer de définir des objectifs même modestes. »

Extrait de l' « Evaluation Déclic Santé », Fev-Oct 2002, p. 1-2.

L' « écoute bienveillante », c'est manifester sa reconnaissance à travers des gestes expressifs spécifiques. « Délicatesse » et « prudence » sont de mise. En souriant ou en adressant un geste de bienvenue, il s'agit de signifier à la fois aux personnes en situation de précarité qu'elles prennent place dans le regard du clinicien et également qu'elles peuvent s'attendre à s'engager raisonnablement à leur tour dans des actions bienveillantes.

A travers le « non jugement », il ne s'agit pas, pour les cliniciens, de normaliser les faits qui leur sont rapportés mais de se servir de leur « bon sens » comme frein aux constructions intellectuelles et identitaires qui empêchent l'individu de prendre une posture narrative. Parce qu'ils s'intéressent à la portée sensible de la relation entre les personnes en situation de précarité et leur monde environnant, c'est-à-dire, dans un sens plus large, à la manière dont les personnes appréhendent leurs conditions d'existence, les cliniciens deviennent des sortes d'écologiste. C'est-à-dire qu'ils considèrent le sens donné aux faits et interactions de la personne avec ses objets autant à travers les contextes objectifs et leurs conséquences externes, que dans les contextes subjectifs et leurs conséquences internes.

Que ce soient l'accueil, l'explication du cadre et du rôle de l'intervention, ou les questions posées à la personne, l'objectif du clinicien est de relancer la narration, de faire émerger la conversation afin de développer chez l'individu une perception nouvelle de ses relations à l'Autre, de ses attachements à son environnement, de réorganiser la narration de sa situation et de soi. Il s'agit toujours pour ce clinicien d'intervenir comme dans l'adressage autant pour soi que pour autrui, il projette en quelque sorte sa capacité d'adresse chez l'autre : « S'adresser à soi ne devient effectif qu'à la condition que puissent émerger d'autres adresses, grâce auxquelles sa propre adresse devient crédible et acquiert une validité sociale. »¹

Pour que cela puisse se faire, rien ne doit venir rompre la situation de rencontre entre le clinicien et la personne, entre la personne et ce qui fait sens pour elle (ses attachements), pas même une prise de notes qui pourrait provoquer la suspicion d'évaluation. La rencontre doit s'adapter à l'humeur du jour de la personne, à sa disponibilité mentale et psychique, ce qui fait qu'il ne peut y avoir « d'entretien type » (Mr NOMAD). La rencontre peut être alors amicale, familiale, professionnelle, à visée thérapeutique, ou encore scientifique². Dans tous

¹ LE BLANC G., (2007), *op. cit.*, p. 71.

² Par exemple dans le cadre d'une recherche en sociologie, Pascale PICHON écrit : « [...] nous eûmes des rencontres régulières, au rythme d'un entretien par mois pendant plus de deux ans : entretiens qui furent enregistrés dans les règles de l'enquête sociologique. Pendant toute cette période Thierry vivait encore dans une situation très précaire, tant d'un point de vue professionnel que d'un point de vue affectif. Il abandonna d'ailleurs rapidement la formation de sociologie engagée initialement, quittera le domicile de sa compagne, démarchant de droite à gauche les administrations pour faire valoir ses droits, cherchant à gagner son indépendance financière et

les cas, elle devient support clinique de narration lorsqu'elle permet de donner un rythme, une accroche à la vie, lorsque du fait de sa qualité, elle permet de procurer à la personne l'expérience d'une relation de confiance qui tienne. Pour ce faire, le clinicien n'a guère d'autre possibilité que de s'ajuster en permanence et de faire sienne, ce faisant, la figure de *Protée*.

2. Etre en capacité de se réajuster en permanence à chaque situation : la figure de *Protée*

« Assurer le suivi - prévention

Rencontrer les personnes régulièrement :

Pour faire le point sur l'évolution.

Pour analyser les difficultés rencontrées.

Pour rassurer, encourager : mise en évidence des points positifs.

Pour répondre aux interrogations.

Pour écouter, soutien, aide psychologique pas forcément en relation directe avec le problème de santé.

Prévention :

Prévoir dans le temps les différents contrôles (médecins, examens, analyses) de façon précise.

Vérifier les effets secondaires.

Insister sur les différents aspects de l'hygiène de vie.

En moyenne, un entretien toutes les 2 ou 3 semaines ceci étant fonction de la demande ou de la fragilité. Des rencontres informelles peuvent avoir lieu lors des ateliers ou lors des visites à domicile, pour certains, l'échange y est beaucoup plus facile et plus riche. »

Extrait de l' « Evaluation Décliv Santé », Fev-Oct 2002, p. 4-5.

« *Faire le point* », « *analyser* », « *rassurer* », « *répondre* », « *écouter* », « *soutenir* », « *aider* », le clinicien doit se métamorphoser en permanence pour s'ajuster à la situation amenée par la personne. Dans cette manière de se tenir à l'autre, il devient *Protée*¹. Ce qui

élaborant ses projets professionnels. Rétrospectivement, il m'apparut, comme il m'en fit récemment la remarque, que ces rencontres régulières lui permettaient de « tenir », l'encourageaient dans sa nouvelle vie remplie, comme on le verra, d'épreuves insolites et de risques imprévus. » PICHON P., TORCHE T., (2007), *S'en sortir... Accompagnement sociologique à l'autobiographie d'un ancien sans domicile fixe*, Saint-Étienne, Publications de l'Université de Saint-Étienne, p. 10. (C'est nous qui soulignons). Il nous semble qu'il y a là dans la posture scientifique de l'auteure quelque chose de la forme d'intervention de type *écologue* qui en s'adressant à la personne interviewée fait agir une forme d'attachement.

¹ Dans la mythologie grecque, *Protée* est une divinité marine, mentionnée en particulier par Homère dans l'Odyssée comme « Vieillard de la Mer » et gardien des troupeaux de phoques de Poséidon. Il est doté du don de prophétie et du pouvoir de se métamorphoser. *Protée* est un être capable de prendre toute forme exigée par la situation. Dans l'Odyssée, on découvre comment pour échapper à son assaillant *Ménélas*, *Protée* prit tour à tour la forme d'un lion, d'un serpent, d'un léopard, d'un cochon et même de l'eau et d'un arbre.

Le nom de *Protée* a servi de radical en latin, et à partir de là dans la plupart des autres langues européennes, pour former des termes comme *protéiforme*, avec cette connotation de « polymorphisme spontané ».

nous intéresse dans cette figure mythologique c'est, comme le souligne Maela PAUL, sa *totipotentialité*, « sa capacité à prendre dans le monde d'en bas la forme exigée par la situation, à se mouvoir dans un monde kaléidoscopique. [Le clinicien] est celui qui sait mais refuse de révéler ce qu'il sait [égalité des intelligences]. Pour passer d'un objet à l'autre, ce qu'il crée, sitôt utilisé, est éliminé : la liaison établie est dévitalisée. Accompagner dans le règne de *Protée* consiste à lier sans créer de lien. C'est pourquoi il privilégie le langage, pour son immédiateté, son adaptabilité à chaque interlocuteur « suivant la tendance du moment ». Fragmentation et disparité sont œuvre de Protée. »¹

S'ajuster en permanence à la problématique des individus signifie mettre en œuvre un accompagnement qui peut apparaître paradoxal. Un peu à la manière des soins palliatifs proposés aux mourants, les cliniciens affirment parfois accompagner le « *maintien dans la rue* » ou encore « *la remise à la rue* » des personnes en situation de précarité, prétextant par ces actes le « *respect de la structuration de l'individu* »², ou encore « *le laisser aller là où ils vont* ». A travers cette démarche « *empathique* », il s'agit avant tout de faire confiance à la personne. Pour certains cliniciens, cela constitue un acte d'amour, une forme d'intervention de l'*agapè* : « Lorsqu'on n'entend pas une situation, ce qu'on n'entend pas continue son chemin. [...] Ecouter c'est être en l'autre et à l'extérieur de l'autre simultanément. [...] Se soucier de la vie de l'autre, c'est la définition de aimer »³.

Faire confiance à la personne en situation de précarité, c'est surtout lui montrer qu'une relation de confiance est possible entre deux individus. Cela ouvre la porte à l'expérience de la confiance et ce faisant, dans la même logique que nous avons vue plus haut concernant l'expert ignorant, il peut apprendre à faire confiance : à se faire confiance pour ensuite faire confiance aux autres. Il semble que s'installe dans la rencontre une sorte de connaissance réciproque.

¹ MAELA P., (2004), *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*, Le Mesnil-sur-l'Estrée, L'Harmattan, p. 115.

² Extrait du cahier de notes personnelles. Propos tenus par Mme LABORDE et Mme ROUX lors d'un Espace Rencontre CHRS-CMP au CHRS « Tremplin ». Ces propos se rapprochent de ceux d'Olivier DOUVILLE, relevé par Emmanuel RENAULT (2008, p. 354), pour qui trois constats s'imposent au clinicien : a) les conditions sociales de la rue ont des incidences subjectives spécifiques qui peuvent être d'une extrême gravité ; b) la rue peut être une forme de socialisation spécifique, voire la stabilisation, de certains profils psychotiques ; c) mais elle peut également être une condition de leur aggravation. DOUVILLE O., (1999), *op. cit.*, p. 58-59.

³ Extrait du cahier de notes personnelles, Jean FURTOS. Séminaire de recherche MODYS du 15 février 2006.

C'est ce qui semble se jouer lorsque les cliniciens du parcours d'Emilio disent agir en tant que personne plus qu'en tant que professionnel (Mlle CLERC) et qu'ils considèrent également les usagers comme des personnes et non comme des sujets de l'institution (patient, bénéficiaire, etc.). Dans cette manière d'être à l'autre, « les capacités à être authentique, sincère, franc, à parler « vrai », à savoir manier un autre langage que la langue de bois institutionnelle sont très largement reconnues comme des atouts professionnels »¹. Il s'agit de sortir de « l'entre-soi »² pour aller vers les mondes de l'individu, sortir de l'idéal pédagogique pour établir le contact, le maintenir, produire du consentement chez les usagers³. Le clinicien est un diplomate⁴ qui ne travaille pas sur autrui⁵ mais plutôt avec autrui⁶.

Si une telle personnification de la relation est prégnante, c'est bien parce que le clinicien, lorsqu'il mobilise la forme d'intervention de type écologue, tente de mettre en place une relation d'amour, au sens d'Axel HONNETH, c'est-à-dire avant tout basée sur la réciprocité⁷. En offrant à la personne en situation de précarité la possibilité de se raconter en confiance, le clinicien permet de rejouer les relations d'amour, comme forme particulière de

¹ ASTIER I., (2007), *op. cit.*, p. 125.

² ION J., (2001), *op. cit.*, p. 24-29.

³ ASTIER I., (2007), *op. cit.*, p. 150.

⁴ Cf. « Le temps fragile de la diplomatie » dans RAVON B., (2008), *op. cit.*, p. 131-134 : « Après avoir été un « bon » éducateur ou un « bon » psychopédagogue, bref un « bon » réparateur, l'intervenant idéal est peut-être devenu un « bon » diplomate (plutôt qu'un « bon » médiateur). Tout en se situant dans le camp de l'institution, le diplomate est un pragmatique. Il « va vers » la personne et tente de négocier avec elle, sur le site même de l'action, le problème à traiter et la réponse à apporter. Son activité suppose de savoir prendre en compte différents points de vue, de multiplier et d'associer si nécessaire divers interlocuteurs à la définition du problème et à la manière adéquate de l'accompagner vers sa résolution. » ndbp, p. 131-132.

⁵ Le « travail sur autrui » est une formule goffmanienne reprise par François DUBET (2002). Selon Bertrand RAVON, cette catégorie « résume très bien la critique du paradoxe socio-éducatif républicain qui consiste à socialiser l'individu tout en prétendant le constituer comme sujet (« La liberté de l'homme moderne émerge comme l'oubli de la socialisation au profit de l'indépendance de jugement que cette socialisation a rendu possible [DUBET, p. 36] »). Du coup, on peut voir dans le « travail sur autrui » le produit de la coexistence d'une psychologie socialisante (psychopédagogie) et d'une psychologie émancipatrice. » RAVON B., (2008), *op. cit.*, ndbp, p. 131.

⁶ ASTIER I., (2007), *op. cit.*

⁷ Selon la formule hégélienne citée par Axel HONNETH, l'amour doit se comprendre comme un « être soi-même dans un étranger », c'est-à-dire que l'amour est une relation d'interaction fondée sur un modèle particulier de reconnaissance réciproque (HONNETH A., (2000), *op. cit.*, p. 117) qui se rapproche de ce que les cliniciens appellent empathie. L'amour suppose que la relation de reconnaissance soit liée à l'existence d'autres personnes charnelles, avec lesquelles la personne fait l'expérience d'une reconnaissance affective et peut développer à l'égard de soi-même une attitude de confiance se traduisant par une sécurité émotionnelle dans l'expression de ses besoins.

Comme nous l'avons déjà souligné, cette expérience, fondamentale pour les cliniciens, se rapproche également de ce que Luc BOLTANSKI, souligné par Bertrand RAVON, décrit comme étant une forme d'amour, l'*agapè* : « un monde habité par la renonciation au jugement et un même désintérêt pour le calcul ; une logique de don sans promesse de retour fondée sur le rapport à soi au sens « d'aimer les autres comme soi-même » ; une attention portée au temps présent de la rencontre, sans retour en arrière ni anticipation (Boltanski, 1990, p. 170-180 et 223-229.) » RAVON B., (2008), *op. cit.*, p. 66.

reconnaissance, qu'elle a pu vivre dans son passé, d'une part dans la prime enfance¹ où l'individu a tenté d'établir un équilibre entre symbiose et affirmation de soi², et d'autre part, tout au long de son parcours biographique où cet équilibre s'est rejoué dans ses différents attachements. Les supports cliniques de narration visent ainsi à permettre à la personne en situation de précarité de rejouer sa capacité à être seul en relation avec d'autres dans le cadre d'une relation affective de confiance réciproque. Comme le reconnaissent les cliniciens, c'est une manière de maintenir les individus dans la commune humanité : « *Les individus restent vivants dans des situations où ils se seraient mis en arrêt maladie. C'est une sorte de fabrication du sacré, on maintient les individus dans la communauté des vivants et des morts* »³.

3. Narration de soi et confiance en soi : retrouver ses attaches, accepter ses dépendances

« On peut se demander comment le psychotique est en relation avec ses objets. C'est la même chose avec les personnes en situation de précarité. »

**Mr TABARY, extrait du cahier de notes personnelles,
réunion plénière du CSMP, 26 janvier 2007.**

Nous avons vu que les conditions de félicité des supports cliniques de narration (redonner la confiance en soi) résident en la prise en compte des attachements entre l'individu et les objets de son environnement. Voyons maintenant plus en détail comment cela fonctionne-t-il. Que réalise le clinicien lorsqu'il demande à la personne de se raconter, de raconter qui sont ses amis, où se trouve sa famille, quels sont les liens qu'il entretient avec ses collègues de travail, ou avec ses filles comme dans le cas d'Emilio ?

¹ A partir des travaux de WINNICOTT, Axel HONNETH ((2000), *op. cit*, p. 122-128), part de l'hypothèse que « toutes les relations d'amour sont mues par le souvenir inconscient de cette expérience de fusion originelle qui avait marqué les rapports du nourrisson avec sa mère durant les premiers mois. »

Selon Axel HONNETH, en cherchant à déterminer les conditions « satisfaisantes » de socialisation des nourrissons, WINNICOTT va bien plus loin que l'idée de « narcissisme primaire » de FREUD comme étant indépendant. Au contraire, mère et enfant s'éprouvent constamment et mutuellement pour constituer ce qui a été appelé ensuite l'« intersubjectivité primaire ». Pour WINNICOTT, il y aurait plusieurs phases :

1. la phase de « dépendance absolue » ou « stade du maintien » ;

2. la phase de l'« abandon progressif de l'adaptation » et de la « dépendance relative » moment où se développe cet « être soi-même dans un étranger » qui fournit le schéma élémentaire de toutes les formes d'amour ultérieures ;

3. puis se forge la « capacité à être seul » : « [...] la « capacité à être seul » représente l'expression pratique d'un rapport individuel à soi-même qu'Erikson a décrit sous le nom de « confiance en soi » : quand il est sûr de l'amour maternel, l'enfant acquiert une confiance en lui-même qui lui permet de rester seul sans inquiétude.

² *Ibid*, p. 120.

³ Extrait du cahier de notes personnelles, Jean FURTOS. Séminaire de recherche MODYS du 15 février 2006.

Il nous semble que ce type d'interpellation (qui ne prend pas forcément la forme d'un questionnement direct mais de relances, de demandes d'éclaircissement) sous-entend d'une part que le soi est une force causale, et d'autre part, modélise un mode spécifique de responsabilité. En interrogeant la qualité des relations de la personne en situation de précarité avec ce qui la tient de l'extérieur, le clinicien sous-entend que ces relations peuvent être la cause de la souffrance. C'est en ce sens que les supports cliniques de narration mettent les personnes en situation de précarité en position d'avoir à rendre compte d'elles-mêmes.

Ce qui est recherché dans cette invitation à se raconter, c'est que l'individu se produise lui-même comme un autre et qu'il retrouve le pouvoir de regarder cette production de soi à distance¹. RICŒUR, en voulant rejeter le principe d'une identité substantielle attachée à la personne, distingue précisément ce qui a tendance à être confondu, c'est-à-dire l'identité du même et l'identité du soi. Une personne peut changer au cours du temps, « ne plus être semblable tout en étant la même, s'inscrivant ainsi dans une continuité et une permanence de soi. L'identité personnelle ne peut dès lors qu'être comprise dans un rapport au temps où le soi recouvre la permanence dans le temps. Le récit de vie qui possède sa propre dimension fictionnelle est le vecteur par lequel est mise en intrigue l'identité du personnage. L'unité d'une vie ne tient que par la narration qui en est faite, or celle-ci « construit le caractère durable d'un personnage, qu'on peut appeler son identité narrative, en construisant la sorte d'identité propre à l'intrigue qui fait l'identité du personnage. » »²

En recherchant les attachements de la personne, la narration que sollicite le clinicien s'ancre dans la réalité pratique de l'individu. Il ne s'agit pas de faire raconter une histoire de manière linéaire³ mais de faire décrire, à la manière de l'ethnographe, les différentes relations

¹ Ce processus a déjà été analysé par GOFFMAN qui le décrit en ces termes : « dès lors que quelqu'un assume une image de soi qui s'exprime à travers la face qu'il présente, il est censé s'y conformer [...]. Dès qu'[une personne] pénètre dans une situation où elle reçoit une certaine face à garder, [elle] prend la responsabilité de surveiller le flux des événements qu'elle croise. Elle doit s'assurer du maintien d'un certain ordre expressif, ordre qui régule le flux des événements, importants ou mineurs, de telle sorte que tout ce qu'ils paraissent exprimer soit compatible avec la face qu'elle présente. [...] Si un tel scrupule s'applique aux choses du maintien, aux expressions produites par la façon dont une personne maîtrise son corps, ses émotions et les objets avec lesquels elle est physiquement en contact, on parle alors de dignité. » GOFFMAN E., (1973), *La mise en scène de la vie quotidienne*, Paris, Minuit, p. 13.

² RICŒUR P., (1988), « L'identité narrative », *Esprit*, n°7-8, p. 301 » dans PICHON P., (2007), *op. cit.*, p. 103-104.

³ « La notion de ligne biographique entend qualifier la suite d'événements que l'on peut rattacher à l'une des formes d'engagements qu'un individu contacte dans les détours de son existence sociale. Cette notion récuse l'idée d'unicité de la biographie, en admettant un postulat : la vie d'un individu peut rarement être appréhendée

qu'entretient l'individu avec ses objets, et avec les règles qui les entourent. Le but du clinicien est de faciliter ce que Christopher BOLLAS décrit comme « l'articulation d'éléments jusqu'ici inarticulés de la vie psychique, ou ce que j'appelle l'impensé connu »¹. Cette articulation des attachements n'est cependant pas sans limite, ne serait-ce parce que le clinicien a le souci de respecter la structuration psychique de la personne². Dans la constellation sanitaire et sociale d'Emilio, nous pouvons repérer que sont travaillés les attachements à trois types d'entourage³ :

- L'entourage social dans son quartier, sa ville et les liens avec les autres institutions ;
- L'entourage biographique, c'est-à-dire aux liens qui demeurent actualisés avec sa famille, ses amis, collègues ;
- L'entourage institutionnel, c'est-à-dire les réseaux internes du circuit d'assistance (son réseau sanitaire et social).

Le projet des cliniciens qui utilisent les supports cliniques de narration est donc de redonner confiance en soi en apprenant à l'individu à se tenir de l'intérieur en reconnaissant ses entourages, et les attaches aux autres qu'ils contiennent.

Le processus d'individuation en jeu ici vise plus à reconnaître, avec une grande clarté, les différents types et natures des attachements, que de plaquer un idéal moral utilisant le langage de l'autonomie ou de la dépendance. En tant qu'ethnographe, le clinicien focalise son attention sur les oppositions entre les différents attachements aux entourages afin de repérer, au-delà des clivages moraux, la diversité des épreuves à l'œuvre dans le parcours biographique de l'individu. Dans une perspective latourienne, nous pouvons dire ici que « la question ne se pose plus de savoir si l'on doit être libre ou attaché, mais si l'on est bien ou mal attaché »⁴. Alors que dans l'idéal moral du « connais-toi toi-même par toi-même », la

comme une histoire linéaire, homogène et définitive. » Robert CASTEL cité par OGIEN A., (1995), *Sociologie de la déviance*, Paris, Armand Colin, p. 118.

¹ BOLLAS C., (1996), *Les forces de la destinée. La psychanalyse et l'idiome humain*, traduit de l'anglais par Aline Weil, Calmann-Lévy.

² A ce sujet, Judith BUTLER nous rappelle que « personne ne peut vivre dans un monde radicalement inénarrable, ni survivre à une vie que l'on ne peut absolument pas narrer. Mais il faut encore se souvenir que ce que l'on nomme « articulation » ou « expression » du matériel psychique excède la narration, et que les articulations de toutes sortes ont leurs limites nécessaires, étant donnés les effets structurant de ce qui demeure durablement inarticulable. » BUTLER J., (2007), *Le récit de soi*, Paris, PUF, p. 60.

³ Nous rejoignons ici la typologie des entourages proposée par Pascale PICHON dans PICHON P., TORCHE T., (2007), *op. cit.*, p. 219.

⁴ LATOUR B., (2000), *op. cit.*, p. 192-195.

liberté et l'autonomie sont le fait du sujet lui-même (qui devient alors souverain de lui-même¹), les supports cliniques de narration obligent la personne à considérer la nature précise de ce qui le fait être attaché à des choses (des autres, des objets). Toujours dans une perspective latourienne, « s'il ne s'agit plus d'opposer attachement et détachement, mais les bons et les mauvais attachements, il n'y a qu'un seul moyen pour décider de la qualité de ces liaisons : s'enquérir de ce qu'ils sont, de ce qu'ils font, apprendre à être affecté par eux »².

Le travail des cliniciens consiste alors à chercher à substituer des attaches à d'autres. Ainsi par exemple, Mlle CLERC alors qu'elle n'est plus elle-même en relation avec Emilio, va chercher à élaborer des relais, mettre en place des « *réunions de suivi* » permettant de ne pas « *laisser le bébé à une seule personne* ». Ou encore dans les réunions du RSMP, on cherchera en faisant le tour des actions déjà entreprises par la personne comment l'attacher à de nouveaux dispositifs. Ce qui est recherché, c'est la continuité à travers les choses attachantes elles-mêmes, celles qui procurent de « bons » et « durables » liens affectifs.

De la même manière que nous considérons que les personnes en situation de précarité font agir les cliniciens, les cliniciens font agir celui qui les observe, en l'occurrence ici le sociologue. C'est peut-être la raison pour laquelle nous avons nous-mêmes choisi de parler de supports, et d'un point de vue méthodologique de chercher à mettre en lumière la « boîte noire » de l'agir des cliniciens. Il s'agit bien de suivre les cliniciens dans leur démarche d'évitement des connotations morales qui laisseraient la porte ouverte à la prise en compte de la domination et qui nous amènerait nous-mêmes à mettre en œuvre une sociologie (plus) critique. Comme l'a montré LATOUR, « en forçant le trait, et pour mieux faire ressortir le contraste entre les deux formes de sciences sociales, on pourrait proposer l'opposition suivante : ou bien l'on s'intéresse aux individus et aux sociétés, ou bien l'on s'intéresse à la multitude de ce qui fait agir. Dans le premier cas on va parcourir des espaces qui ne rencontrent jamais ni l'individu ni la société puisque toutes les mises en mouvement dépendent de la nature des attachements et de la capacité qu'on leur reconnaît de faire ou non exister les sujets qui leur sont attachés. Aux sociologies qui jouent sur la gamme des libertés et des déterminations, s'oppose une sociologie des faitiches, des moyens, des médiations, autrement dit, là encore, des bons et des mauvais attachements. La plus grande différence entre les deux programmes de recherche vient de ce que les premiers croient devoir prendre position sur la question de l'individu et de la société, alors que les seconds court-circuitent entièrement ces figures, trop générales, et ne s'attachent qu'aux spécificités des choses elles-mêmes qui seules deviennent sources d'action, c'est-à-dire de faire-faire. Pour reprendre une formule d'Antoine Hennion : si je veux comprendre pourquoi je dis « j'aime Bach », c'est vers les particularités de cette interprétation, de ce disque, de cette partition, de ce lieu que je dois me tourner. Rien d'autre ne me tient que ces petites différences entre des prises auxquelles j'apprends à devenir de plus en plus sensible – et quand je leur deviens plus sensible, je ne m'intéresse évidemment plus à la question de savoir qui maîtrise « leur mon » action. »

¹ Comme le remarque Marcello OTERO et comme nous l'avons vu plus haut, certaines psychothérapies contemporaines favorisent l'émergence de cet individu souverain en travaillant notamment son adaptation à l'environnement : « si on continue encore à « inciter » les individus à parler d'eux-mêmes, ce n'est plus en fonction de la promesse ambitieuse de parvenir à déchiffrer leur identité profonde en s'engageant dans des démarches longues et coûteuses. Il s'agit plutôt d'être « à l'écoute » des « clients » dans le but de définir ce qu'on appelle ses « vrais besoins » ainsi que les « ressources » pouvant être mobilisées pour les « satisfaire ». Les « clients » continuent à parler d'eux, à se questionner, à « exprimer leurs émotions », à analyser leur « vécu », à « visualiser leurs objectifs », mais en fonction d'une nouvelle promesse plus pragmatique : la possibilité de gérer efficacement leur adaptation à l'« environnement ». Se connaître soi-même n'est important que dans la mesure où cette « démarche » peut contribuer à une « meilleure adaptation à l'environnement ». » OTERO M., (2003), *Les règles de l'individualité contemporaine, Santé mentale et société*, Saint-Nicolas (Québec), Presse Universitaire de l'Université Laval, p. 64.

² LATOUR B., (2000), *op. cit.*, p. 192.

Avec les supports cliniques de narration, « l'expression de la liberté reprend le chemin que l'idéal d'émancipation et de détachement avait transformé en impasse : la liberté devient le droit de n'être pas privé des liens qui font exister, liens vidés de tout idéal de détermination, de toute théologie de la création *ex nihilo*. »¹ Pour accéder à l'autonomie, il ne s'agit pas tant de travailler à son émancipation et à son indépendance, mais plutôt de reconnaître ses dépendances et ses attachements puis de les faire tenir : « Sans la conviction profonde que la personne aimée lui restera attachée même après avoir recouvré son indépendance, le sujet aimant ne serait pas en mesure de lui reconnaître son nouveau statut. Cette expérience doit, dans la relation d'amour, avoir un caractère de réciprocité, et c'est pourquoi le terme « reconnaissance » désigne ici le double processus par lequel on s'affranchit et, simultanément, on lie émotionnellement l'autre personne. Si la reconnaissance est un élément constitutif de l'amour, ce n'est donc pas au sens où l'on prend en compte l'autre sur un plan cognitif, mais au sens où l'on tire de l'affection qu'on lui porte l'acceptation de son autonomie. [...] seul ce lien [d'amour], tel qu'il résulte de la réfraction de l'unité symbiotique par la démarcation réciproque des partenaires, donne à l'individu la confiance en soi sans laquelle il ne peut participer de façon autonome à la vie publique »².

¹ *Ibid*, p. 202.

² HONNETH A., (2000), *op. cit*, p. 131-132.

IV. (Reprise) Vers une modélisation des formes d'intervention de la clinique de la précarité

L'étude des supports cliniques mobilisés par les cliniciens dans la constellation sanitaire et sociale d'Emilio, ainsi que dans les différents récits d'expérience clinique présentés dans le chapitre 4, nous permet de compléter la modélisation de la clinique de la précarité. Nous avons pu mettre en évidence trois types de supports cliniques émergeant face aux expériences de la vulnérabilité :

- 1- Face à la misère, les supports cliniques de propriété visent à redonner à la personne en situation de précarité un sentiment de propriété et de respect de soi en favorisant l'accès à des objets et ressources de base (matérielles et affectives).
- 2- Face à la marginalité, les supports cliniques d'action visent à redonner à l'individu l'estime en sa créativité à agir en favorisant la mise en œuvre de projets qui donnent du sens à son action.
- 3- Face au mépris, les supports cliniques de narration visent à redonner à la personne la confiance en ses liens d'attachement, à l'aider à supporter l'altérité (capacité de confrontation) en favorisant l'expression de la parole et la prise de distance vis-à-vis de ses attachements.

Ces trois types de support s'articulent à leur tour à quatre types de formes d'intervention en clinique de la précarité :

- 1- L'orientation : le clinicien oriente l'individu en situation de précarité dans le panel disponible des supports cliniques de propriété. Il se positionne en face à face plutôt qu'en côte à côte et préfère suivre la procédure et le programme de soin de manière linéaire (les étapes d'accès aux soins, de soin, d'insertion, etc. doivent se succéder en série) plutôt que de s'ajuster à la personne. Pour le clinicien qui oriente, l'individu est dénué de toute attache, du moins ce ne sont pas les attaches qui importent. Il s'agit plutôt de soutenir la recherche de ressources-capacités conçues comme un capital à accroître. Pour ce faire, il met en place un rapport pédagogique de type éducatif dans la relation d'aide, rapport qui permet de transformer l'individu à partir d'un retard de développement.
- 2- L'adressage : le clinicien oriente et accompagne (adresse) l'individu en situation de précarité dans le panel disponible des supports cliniques de propriété.

L'individu doit être le sujet d'une adresse. Il s'agit donc de soutenir la personne en situation de précarité dans sa recherche des ressources lui permettant d'attacher et de consolider ses adresses. Pour ce faire, le rapport pédagogique mis en place dans la relation d'aide vise une forme d'égalité des intelligences. L'adressage part d'un rapport singularisé aux supports pour travailler les attachements. Le clinicien agit en côte à côte plutôt qu'en face à face et cet adressage est souvent soutenu par des activités d'étayage collectif (CSMP, RSMP, Espaces Rencontres CHRS-CMP).

- 3- L'expert ignorant : le clinicien accompagne l'individu dans sa relation aux supports cliniques d'action. Mais sa posture est ambivalente. D'un côté, il est pris par la logique du projet (agir stratégique) où il s'agit d'investir, de travailler, de faire fructifier les ressources et le potentiel humain afin de rendre l'individu producteur et possesseur de lui-même (« sois toi-même, construis ton projet de vie par toi-même » – visée d'indépendance). De l'autre, il est pris par la logique des attachements (agir tactique) où il s'agit de suivre la personne malgré l'indétermination quant à son devenir et son évolution (« sois toi-même, co-construis ton projet de vie » – visée d'interdépendance).
- 4- L'écologue : le clinicien accompagne l'individu dans sa relation aux supports cliniques de narration. Il s'agit de co-construire le sens et la réalité biographique de l'individu (en se réajustant en permanence) à travers la mise en œuvre d'une écoute bienveillante (non-jugement), empathique permettant de pallier à l'invisibilité sociale, à la perte de la capacité à dire « je » et à parler de soi, au clivage au moi. Cette forme d'intervention est complémentaire à celle de l'adressage puisque les ressources soutenues, par l'un comme par l'autre, le sont à travers les environnements (social, culturel, familial, etc.) de la personne.

Si ces formes d'intervention apparaissent comme étant différentes dans leur capacité à être mobilisées par tel ou tel support, il nous semble qu'elles sont prises sans cesse entre deux logiques : la logique du projet et la logique des attachements. D'un côté, le clinicien véhicule la conception d'un monde où l'individu doit sans cesse construire sa place (le fameux « bougez-vous »). De l'autre, le clinicien sent bien que ce discours ne peut pas prendre avec la personne en situation de précarité, et qu'il faut au contraire partir de là où elle se trouve puis la suivre en la considérant presque comme un malade chronique. Dans cette seconde logique, l'intervention des cliniciens de la précarité ne consiste pas tant à soigner/orienter de manière

ponctuelle mais à sociabiliser, en accompagnant, de manière chronique la personne dans son réseau d'adresses.

Mais bien souvent, ces deux logiques se chevauchent comme nous pouvons l'observer dans la forme d'intervention de type *expert ignorant*. Cela donne alors à voir une forme de « maintenance » de la sociabilité de la personne ponctuée par tout un ensemble d'injonctions au projet. Les cliniciens s'organisent bien autour de la personne mais tout en faisant référence en permanence au modèle de l'individu souverain.



**Modélisation idéale typique de la clinique de la précarité
à partir de l'étude du dispositif Carrefour Santé Mentale Précarité de l'Ain en 2006/2007**

Entre guillemets = les propos tenus par les référents du CSMP

Processus de précarisation

Principaux symptômes psychosociaux et psychopathologiques associés à la précarité

« Pertes des objets sociaux (logement, emploi, formation, argent... ce qu'on a ou ce qu'on n'a pas)
Privation de droits »

=> Registre de la possession

« Cassure avec la réalité, absence de projets (intemporalité psychique, non demande, pas d'idées, pas d'envies, ne produit rien, ne fait rien), n'appartient pas à la même communauté de valeurs »

=> Registre de l'action

« Invisibilité sociale (transparence), perte de la capacité à dire je et/ou à parler de soi (=sans voix), clivage au moi »

=> Registre de la narration

Degrés de gravité du processus de précarisation

+++

(ex : figure du travailleur pauvre)

(ex : figure du marginal)

(ex : figure du clochard)

Expériences de la vulnérabilité (atteintes relatives à la précarité)

Perte (plutôt qu'effondrement) des propriétés sociales de l'individu

=> Misère

Empêchement dans la créativité à agir soit par l'imposition de régimes d'inaction, soit par la marginalisation de ses dispositions à l'action

=> Marginalité

Impossibilité de prise de posture narrative

=> Mépris

Cadres des interventions cliniques

« redonner accès à..., redonner les objets sociaux »

=> Propriété

« Accueillir, ancrer aux soins, faire ensemble, exister en tant que sujet, porter un projet, co-construire un projet »

=> Créativité

« être présent à l'autre, reconnaître sa dignité, personnaliser l'écoute, permettre de se réapproprier son histoire, reconstruction de l'identité »

=> Dignité

Supports cliniques mobilisés dans la constellation socio-sanitaire de l'individu vulnérabilisé

Tous les objets (co-)produits dans les cadres de l'expérience qui favorisent l'« accès à... » la propriété :
= les **droits** (AAH, RMI, allocations logements, allocations travail, etc....)

=> Supports clinique de propriété

Tous les objets (co-)produits dans les cadres de l'expérience qui favorisent la créativité à agir
= les **projets** (éducatif, de soin, d'insertion, de logement, de vie...)

=> Supports clinique d'action

Tous les objets (co-)produits dans les cadres de l'expérience (consultations, entretiens informels, invitation au récit biographique) qui favorisent l'expression de la parole (le récit biographique) :
= les **relations** (avec un individu, un groupe, une institution, famille, professionnel, etc....)

=> Supports clinique de narration

Formes d'intervention en clinique de la précarité

=> Adressage

Elle convoque le respect de soi : c'est parce qu'un individu est reconnu comme sujet de droits et de devoirs qu'il peut comprendre ses actes comme une manifestation, respectée par tous, de sa propre autonomie

=> Expert ignorant

Elle convoque l'estime de soi : permet aux individus de se rapporter positivement à leurs qualités particulières, à leurs capacités concrètes (avoir le « sentiment de sa propre valeur »)

=> Ecologie

Elle convoque la confiance en soi : repose sur les liens affectifs (attachement) unissant une personne à un groupe restreint

CONCLUSION DE LA PARTIE 2 – UNE CLINIQUE EN TENSION ENTRE JUSTICE SOCIALE DE REDISTRIBUTION ET JUSTICE SOCIALE DE RECONNAISSANCE

La deuxième partie de cette thèse nous a permis de mettre en évidence qu'il existe, pour les cliniciens de la précarité, une graduation du processus de précarisation (d'« *une souffrance qui aide à vivre* » à « *une souffrance qui empêche de souffrir, donc de vivre* ») dont le degré de gravité augmente à la fois au fur et à mesure que l'on se déplace dans les atteintes liées à la misère (augmentation de la perte des propriétés sociales de l'individu), à la marginalité (augmentation de l'empêchement dans la créativité à agir) et au mépris (augmentation de l'impossibilité de prise de posture narrative), et aussi lorsque l'on se déplace (horizontalement de gauche à droite dans le schéma ci-dessus) de la misère vers le mépris.

L'étude de cette modélisation de la clinique de la précarité révèle, en même temps, des attentes normatives particulières pour chacune de ces atteintes. Comme le souligne Guillaume LE BLANC, « le misérable, mis en question dans ses avoirs fondamentaux, fait signe vers la justice sociale dont les différents garants institutionnels sont reconnus comme seuls susceptibles de produire une redistribution minimale des biens et des ressources. Le marginal, situé à la lisière des actions tolérées ou acculé à la passivité, attend à juste titre que la créativité de « sa » vie ordinaire soit prise en considération ou qu'elle soit envisagée comme un gage de son avenir. Enfin, l'homme privé de voix, méprisé, est en attente de reconnaissance. »¹ Dans la clinique des parcours de vulnérabilité qu'ils tentent d'opérer, confrontés à ces différentes atteintes, les cliniciens de la précarité se retrouvent face à un dilemme qui oppose deux conceptions globales de la justice : la redistribution et la reconnaissance².

Dans la première conception, il s'agit pour les cliniciens de lutter contre toutes les formes d'injustices socio-économiques, comprises selon Nancy FRASER, comme le produit de la structure économique de la société³. Ces injustices socio-économiques peuvent prendre les formes de l'exploitation - lorsqu'une personne voit les fruits de son travail appropriés par d'autres -, de la marginalisation économique - lorsqu'une personne est confinée à des emplois

¹ LE BLANC G., (2007), *op. cit.*, p. 103.

² Comme nous l'avons vu en introduction de ce travail, nous rappelons que la justice sociale que nous étudions est celle des cliniciens de la précarité. Il s'agit de comprendre en quoi, en partant de leur constat selon lequel la société a des aspects injustes, les cliniciens demandent-ils que ces injustices soient corrigées via le traitement clinique de la précarité qu'ils opèrent. Nous avons évoqué le dilemme redistribution/reconnaissance à plusieurs reprises dans les chapitres 4 (4.I, 4.III) et 5 (5.I.2, 5.I.3, 5.II.2, 5.II.3, 5.III.1).

³ FRASER N., (2005), *op. cit.*, p. 16.

pénibles ou mal payés, ou lorsqu'elle se voit dénier l'accès à l'emploi -, ou du dénuement - lorsque la personne se retrouve sans plus aucun « objet social »¹. Dans la pratique des cliniciens, ces injustices socio-économiques s'accompagnent d'un engagement en faveur de l'égalité de distribution, ce qui passe notamment par l'égalité d'accès aux supports cliniques de propriété et d'action².

Dans la seconde conception, il s'agit de lutter contre toutes les formes d'injustices de type culturel ou symbolique, comprises comme le produit des modèles sociaux de représentation, d'interprétation et de communication³. Ces injustices culturelles ou symboliques peuvent prendre les formes, comme nous l'avons vu, de la domination culturelle - lorsque la personne est l'objet de modèles d'interprétation et de communication qui sont ceux d'un autre ou d'une autre culture, et qui sont étrangers ou hostiles à la sienne propre -, de la non-reconnaissance - lorsque la personne devient invisible sous l'effet de pratiques autoritaires de représentation, de communication ou d'interprétation de sa propre culture -, ou de mépris - lorsque la personne, l'étranger, est dépréciée par les représentations culturelles stéréotypiques ou dans les interactions quotidiennes -⁴. Dans la pratique des cliniciens, ces injustices s'accompagnent d'un engagement en faveur de l'égalité de reconnaissance, ce qui passe par la mobilisation de supports cliniques d'action et de narration⁵.

Ces deux conceptions, la redistribution et la reconnaissance, constituent un dilemme pour les cliniciens de la précarité, dilemme qui se donne à voir dans l'ambivalence qu'ils ont à se tourner soit du côté de la logique du projet, soit du côté de la logique des attachements. Les différentes formes d'intervention (orientation, adressage, expert ignorant, écologue) mises en évidence à travers l'étude des supports, montrent que ces deux régimes de justice sont bel et bien entremêlés, et ce, même s'ils ne sont pas compatibles simultanément. Nous avons vu, notamment pour la forme d'intervention de type *expert ignorant*, que les pratiques cliniques sont parfois traversées par une visée d'indépendance (logique du projet, agir stratégique) et d'autres fois traversées par une visée d'interdépendance (logique des attachements, agir tactique).

¹ Cf. supra chap.4.I.*Le cadrage clinique des pauvres et des malades : misère et dépossesion (de soi)* et chap.4.II.*Le cadrage clinique des jeunes et des personnes âgées : marginalité et empêchement d'agir.*

² Cf. supra chap.5.I.*Les supports cliniques de propriété* et chap.5.II.*Les supports cliniques d'action.*

³ FRASER N., (2005), *op. cit.*, p. 17.

⁴ Cf. supra chap.4.III.*Le cadrage clinique des malades mentaux et des sans-papiers : mépris social et posture narrative impossible.*

⁵ Cf. supra chap.5.II.*Les supports cliniques d'action* et chap.5.III.*Les supports cliniques de narration.*

Par exemple, face à la dépossession et à la misère, les cliniciens de la précarité tentent de favoriser, via le recours à l'assistance, l'accès à des « avoirs » perdus. Cependant pour les cliniciens, l'assistance ne semble plus pouvoir offrir les conditions d'accès à ces « avoirs » perdus dès lors que la norme d'action qui la sous-tend est cadrée elle-même par une politique d'activation¹. Ce positionnement se donne à voir également dans l'indignation qu'ils expriment face aux stratégies visant le deuil du travail et/ou le deuil du soin². Ce qui est visé par cette indignation, et la critique de l'évaluation et des procédures qui l'accompagne (critique de l'impératif gestionnaire), ce sont les multiples dysfonctionnements d'une justice sociale qui peine à fournir les différents garants institutionnels susceptibles de produire à la fois une redistribution minimale des biens et des ressources à ceux qui sont dépossédés de tout, et de les prendre en charge selon le mode de l'ancien régime d'Etat providence (sans contrepartie d'activation). L'attente normative qui correspond à cette indignation est donc ici celle d'une justice sociale de reconnaissance. Elle est en prise d'un côté avec l'idéal normatif de l'Etat Providence - et la prise en charge de type assistanciel qu'il proposait, et, de l'autre, avec l'idéal d'activation de l'Etat social actif - et l'accompagnement par projets qu'il propose aujourd'hui. Dans la logique normative de l'Etat providence, le projet était porté par l'institution et ses agents via l'assistance qu'ils mettaient en œuvre pour le bénéficiaire/patient. Dans la logique normative de l'Etat social actif, ce projet doit être porté par la personne elle-même à travers l'accompagnement mis en place par les professionnels, ce qui devient quasiment impossible lorsque la personne souffre d'une problématique dont un des symptômes majeurs est d'être en « non-demande »³. Dans cette dernière logique, le projet risque alors rapidement, comme nous l'avons vu pour Emilio, de se transformer en une pratique autoritaire et assistancielle imposée à la personne (considérée dès lors comme « marginale », vis-à-vis de la logique du projet).

Dans cet exemple, le nœud du dilemme se situe dans la contrepartie de la nouvelle donne redistributive qui consiste à dire que l'individu doit s'inscrire dans un projet, ce qui sous-entend que ce dernier soit « consolidé » dans sa propre créativité à agir, par lui-même, via notamment les supports cliniques d'action. Il s'agit bien d'un dilemme car, en allant au bout de cette démarche de consolidation et d'autonomisation, l'attente normative n'est plus celle de la justice sociale redistributive, ni non plus celle du respect de l'agir créateur, il s'agit plutôt de celle de reconnaissance de sa prise de posture narrative (le « *qu'est-ce qu'il veut*

¹ Cf. supra chap.3.III.2.*La non-demande : une mise à l'épreuve de la logique du projet.*

² Cf. supra chap.4.*Le cadrage clinique des atteintes relatives à la précarité : misère, marginalité, mépris.*

³ Cf. supra chap.3.III.2 et 4.1.*Le cadrage clinique des pauvres et des malades : misère et dépossession (de soi).*

lui ? » exprimé dans une réunion du Réseau Santé Mentale Précarité). On passe donc d'un projet support clinique d'action porté par une logique de redistribution à un projet support clinique d'action porté par une logique de reconnaissance. On ne distribue plus les projets pour répondre à une injustice d'ordre socio-économique, on tente de reconnaître le projet de la personne, comme un attachement, pour répondre à une injustice d'ordre culturel ou symbolique.

De manière générale, d'un côté nous avons des supports cliniques de propriété qui tendent vers une conception de justice sociale visant à plus de redistribution, et de l'autre, nous avons des supports cliniques de narration qui tendent vers une conception de justice sociale visant à plus de reconnaissance. Au milieu, on trouve les supports cliniques d'action qui véhiculent les deux conceptions.

Ce phénomène d'opposition entre ces deux conceptions de l'injustice, ainsi que le dilemme concernant leurs « remèdes » en termes de justice sociale, émergent de plus lorsqu'on observe la manière dont les expériences de la vulnérabilité sont caractérisées par les cliniciens de la précarité. La modélisation idéale typique de la clinique de la précarité, que nous venons de mettre en évidence, repose, en effet également, sur un éventail conceptuel de types de personnes en situation de précarité : les figures de la précarité du chapitre 4. Selon les cliniciens du CSMP, à une extrémité se trouve un groupe de personnes qui vivraient l'expérience de la misère à laquelle correspond un modèle redistributif de justice qui consiste à redonner les supports cliniques de propriété (visée de propriété, figure du pauvre, du miséreux). A l'autre extrémité, se trouve un groupe de personnes qui vivraient l'expérience du mépris auquel correspond une justice de la reconnaissance à travers un travail autour de supports cliniques de narration (visée de dignité, figure du sans-papiers, du « clochard »).

Concernant le premier groupe, celui des personnes en situation de précarité qui font l'expérience de la vulnérabilité liée à la misère, il semble que les cliniciens de la précarité pensent son existence principalement à travers une problématique d'ordre économique. Outre la situation des pauvres et des malades¹, ils prennent souvent, pour illustrer la figure de la misère, l'exemple du travailleur pauvre². Selon les cliniciens, les travailleurs pauvres tirent d'une activité économique un revenu qui ne permet pas d'asseoir les conditions matérielles de

¹ Cf. supra chap.4.I.*Le cadrage clinique des pauvres et des malades : misère et dépossession (de soi)*.

² Les éléments de terrain qui suivent sont extraits du cahier de notes personnelles à partir de différentes réunions des groupes de travail concernant la mise à jour de la Charte du CSMP. Septembre à décembre 2007.

leur vie, tout en étant par ailleurs assurés de leur travail. Ils sont bien souvent maintenus à la frontière de la normalité sociale par la persistance de leur travail, même si ce dernier est bien souvent source d'angoisse liée à sa perte, et par là même à la perte de l'accès aux propriétés sociales fondamentales. C'est ainsi qu'aujourd'hui, l'on peut compter parmi les personnes en situation de précarité, les travailleurs qui n'ont plus les moyens de se loger, vivant en camping, dans des garages ou bien alternant nuits en voiture, dans des squats ou à l'hôtel¹. Ils sont caractérisés, comme le souligne Guillaume LE BLANC, par le fait que « l'une au moins des assises sociales fondamentales est compromise alors que l'existence d'un travail les maintient pourtant dans le filet relatif de la normalité sociale. La précarité ici ne porte pas sur la marginalité puisque les actions d'une vie ordinaire considérées comme normales sont présentes, à l'exception de celles en rapport avec le support social manquant »² : les supports de propriété. Dans ces conditions, l'injustice relève bien d'une problématique socio-économique : « *Les travailleurs pauvres seraient la classe ouvrière d'aujourd'hui* » précise une assistante sociale référente du CSMP³. Ainsi, la conception des cliniciens du CSMP repose sur le fait que les travailleurs pauvres correspondent à un groupe de personnes qui, dans une société capitaliste, vendraient leur force de travail dans des conditions telles que la classe capitaliste limiterait tout espoir de surcroît de productivité, hormis pour son propre bénéfice. « *A Ferney-Voltaire, on nous a parlé d'une coiffeuse qui gagne 1300 euros par mois et qui n'arrive plus à se loger. C'est un cas de précarité de plus en plus fréquent dans le pays de Gex à cause des frontaliers notamment.* » (Mr TABARY lors d'une réunion plénière, 28 avril 2006). Afin de dépasser l'exploitation des travailleurs pauvres, les cliniciens de la précarité vont alors mobiliser une lecture en termes d'économie politique de manière à modifier, en quelque sorte, la distribution classiste des coûts et des bénéfices. Ils font appel, par exemple, à toutes les aides (AAH, RMI, etc.) que la personne est en droit de *posséder* en fonction de sa situation. Dans la conception du clinicien de la précarité, une telle redistribution prend la forme de l'abolition de la structure de classes en tant que telle (« *tout le monde y a droit* » précise une assistante sociale référente du CSMP⁴). Nous voyons également là une des raisons de l'utilisation systématique de la catégorie de « *personne* ». Pour les cliniciens, il ne s'agit pas seulement de permettre aux personnes en situation de précarité de gagner économiquement parlant, mais aussi d'abolir, par la redistribution, toutes les

¹ Extraits du cahier de notes personnelles à partir d'une observation impliquée effectuée au 115 de l'Ain. Avril 2007.

² LE BLANC G., (2007), *op. cit*, p. 104-105.

³ Extrait du cahier de notes personnelles. Réunion plénière du 28 avril 2006.

⁴ *Idem*.

catégories stigmatisantes. Il s'agit de dire que la dernière chose dont les personnes en situation de précarité aient besoin est la reconnaissance stigmatisante de leur différence. Une des façons de remédier à cette injustice socio-économique consiste alors pour le clinicien à faire disparaître les figures de la précarité en tant que groupe et de singulariser systématiquement les individus en les considérant en tant que personne. Ainsi pour les cliniciens du CSMP, « *chaque ouverture de droits, chaque projet, chaque accompagnement est unique, car toute personne est unique* » (une assistante sociale, référente du CSMP¹).

Concernant le second groupe, celui des personnes en situation de précarité qui font l'expérience du mépris auquel correspond le remède de la reconnaissance, il relève, toujours à partir des travaux de Nancy FRASER, entièrement de la culture et du symbolique, par opposition à l'économie politique. Outre la situation des malades mentaux et des sans-papiers², les cliniciens de la précarité prennent souvent, pour illustrer la figure du mépris, l'exemple de celui qu'ils appellent le « clochard », celui qui est l'objet de l'invisibilité sociale. La clochardisation ne s'enracine pas dans l'économie puisque les « clochards » sont disséminés dans toute la structure de classe de la société capitaliste, ils ne sont pas issus ou ne constituent pas une classe exploitée économiquement. Nous pourrions dire alors, en reprenant à notre compte les propos de Nancy FRASER, que « leur constitution en groupe est plutôt liée à [un mode de vie] méprisée, et est donc le produit de la structure d'évaluation culturelle de la société. Dans cette perspective, l'injustice qu'[ils] subissent relève intrinsèquement de la reconnaissance. »³ Les « clochards » sont victimes d'une construction autoritaire de normes empêchant une prise de posture narrative, voire qui la dénie, ce qui entraîne tout un ensemble de préjudices sociaux et moraux⁴. Assujettis à la honte, à la discrimination, au harcèlement, à la violence, à la restriction de leur droit, et au déni d'une égale protection, ils sont les sujets des dénis de reconnaissance. Certes, les « clochards » sont également les victimes d'injustices économiques graves mais, de manière générale, celles-ci relèvent plus d'une structure d'évaluation culturelle injuste. Le remède à cette injustice, par conséquent, est la reconnaissance, moins la distribution.

¹ *Idem.*

² Cf. supra chap.4.III. *Le cadrage clinique des malades mentaux et des sans-papiers : mépris social et posture narrative impossible.*

³ FRASER N., (2005), *op. cit.*, p. 24.

⁴ Cf. supra chap.4.III.

En définitive, lorsque les cliniciens ont affaire à des personnes en situation de précarité qu'ils rapprochent de l'idéal-type du miséreux, qui provoquent en eux des sentiments d'injustice sociale d'ordre socio-économique, ils vont faire appel à des supports de l'ordre de la redistribution qu'ils trouvent plutôt dans les supports cliniques de propriété et d'action. Lorsqu'ils ont affaire à des personnes en situation de précarité qu'ils rapprochent de l'idéal-type du méprisé, qui provoquent en eux des sentiments d'injustice sociale d'ordre culturel, au contraire, ils vont faire appel à des supports de l'ordre de la reconnaissance qu'ils trouvent plutôt dans les supports cliniques d'action et de narration. Entre ces deux extrémités, les cliniciens sont confrontés à des personnes en situation de précarité qui vivent dans la marginalité, et qui relèvent des deux modèles de justice simultanément. Les « *marginiaux* » subissent des injustices qui relèvent à la fois de la structure économique (distribution économique injuste) et de la structure d'évaluation de la société (déni de reconnaissance). Ni les remèdes de l'ordre de la distribution, ni ceux de la reconnaissance ne suffisent à eux seuls, les cliniciens font appels aux deux.

Par conséquent, cette clinique de la précarité requiert des ajustements à la fois sur le plan de l'économie politique et sur le plan culturel et symbolique. Dans la mesure où les personnes en situation de précarité souffrent de deux types analytiquement distincts d'injustice, elles ont besoin de trouver, dans leur réseau d'adresses sanitaires et sociales, deux types analytiquement distincts de remède, la redistribution et la reconnaissance. Ces deux types de remède peuvent difficilement être appliqués simultanément puisque les formes d'intervention clinique véhiculent des conceptions de l'individuation différentes. Alors que la logique de redistribution tend à faire disparaître la misère en tant que telle (en comblant « *la perte des objets sociaux* » par exemple) en cherchant à rendre les individus autonomes par des technologies de responsabilisation (supports cliniques de propriété et d'action : contrat, projet, etc.), la logique de la reconnaissance valorise la singularité des individus en cherchant à les rendre autonomes par des technologies de l'attachement (supports cliniques d'action et de narration : projet d'expression de soi, entretien biographique, etc.).



– TROISIÈME PARTIE –

**POSTURES CLINIQUES ET EPREUVES
DE LA PRATIQUE DE *CARE***

Les cliniciens de la précarité s'appuient sur des supports cliniques qu'ils négocient à la fois dans les différentes scènes réflexives (les collectifs d'intervention) et/ou organisatrices (instances de cadrage des activités) de la clinique, et dans la relation d'aide, directement auprès des personnes en situation de précarité. Ces négociations les confrontent à des logiques spécifiques - la logique du projet dans les différentes scènes réflexives et/ou organisatrices de la clinique, la logique des attachements de la personne dans la relation d'aide -, qui constituent autant d'épreuves¹ pour leur pratique de *care*.

Du côté des différentes scènes réflexives et/ou organisatrices, nous avons noté à plusieurs reprises que pour un certain nombre de cliniciens, ils arrivent à un moment de l'histoire de leur profession où il est très difficile pour eux de continuer à travailler et à se projeter dans un avenir qui leur offre, pour tout soutien, des « *cadres logiques* » dénués de ce fameux « *sens clinique* » dont ils nous ont souvent parlé et qui fonde selon eux la vocation de leurs métiers. Ces dernières années, les transformations des politiques sanitaires et sociales ont vu monter en puissance les critères d'évaluation du travail et la clinique fonctionnant par projets. Les nouveaux dirigeants des institutions sanitaires et sociales, des managers issus pour la plupart d'écoles de santé publique ou d'écoles formant aux métiers de l'administration, semblent avoir tendance à vouloir mettre en œuvre des règles du jeu basées sur l'efficacité, la rapidité, la performance, autant de formalisations croissantes des règles de conduite qui, en retour, orientent l'action. En tant qu'agents de l'institution, les cliniciens sont aux prises avec leur conformisation aux nouvelles règles émergentes de la politique d'action par projets. Non pas seulement qu'on le leur demande via, notamment, des « procédures qualité » et l'évaluation de leurs pratiques professionnelles, mais parce qu'elles permettent d'accéder aux différents types de support clinique permettant de répondre aux atteintes relevant des injustices socio-économiques.

¹ Nous mobilisons la notion d'épreuve dans le sens Martuccellien du terme. Selon l'auteur, elle vient désigner une problématique commune à laquelle sont confrontés inégalement la plupart des acteurs et à partir de laquelle un mode d'individuation va se forger, ce qui nous intéresse tout particulièrement dans cette troisième partie. Cf. MARTUCCELLI D., (2006), *Forgé par l'épreuve*, Paris, Armand Colin.

Toujours selon l'auteur, les épreuves ont quatre grandes caractéristiques, caractéristiques qui ont guidé nos investigations sans pour autant que nous ayons choisi de les organiser autour d'elles. « D'abord, la notion est inséparable d'un récit particulier – celui de la mise à l'épreuve justement – qui est susceptible d'accorder un espace important, et inédit, à l'individu dans la tradition sociologique. Ensuite, toute épreuve apparaît comme un examen, un test (souvent non formalisé) adressé à chacun d'entre nous et au travers duquel s'effectue une sélection sociale. En troisième lieu, le propre de chaque épreuve est de tester notre résistance et nos capacités à nous en acquitter – elle engage ainsi une conception particulière de l'acteur. Enfin, elle désigne des enjeux sociaux auxquels sont soumis les individus de manière contrainte – et qui sont donc variables en fonction des sociétés et des périodes historiques. » MARTUCCELLI D., « La sociologie aux temps de l'individu », dans la revue *Interrogations*, n°5, *L'individualité, objet problématique des sciences humaines et sociales*, Décembre 2007, p. 78-79.

Du côté de la relation d'aide, les cliniciens sont confrontés à une indétermination croissante quant à l'action à mettre en œuvre (ils parlent d'« impasse psychosociale »¹) face à des publics de plus en plus insaisissables, au sens où on ne sait ni comment les prendre ni comment se laisser attacher par eux. Prenant conscience que la logique du projet ne permet pas de répondre à ces impasses, les cliniciens tentent cependant de sauvegarder un savoir-faire et un savoir-être qui ont à voir avec une forme d'authenticité et d'attention envers autrui, qui ne s'anticipe pas, ne se « projetise » pas. Leur critique rejoint celle de Pascale MOLINIER qui souligne que « le *care*, l'attention aux personnes, ne se mesure pas de cette façon-là. On ne peut pas protocoliser le *care* car chaque personne est singulière ainsi que chaque prise en charge. Depuis que l'on s'est mis en tête qu'il fallait trouver les bons « indicateurs » de mesure et contrôler la qualité en permanence, se sont développées des formes de contrôle en termes de « bientraitance », ou plus exactement de « maltraitance » puisque ce que l'on va traquer systématiquement, c'est le mauvais geste. [...] Mais le « bon geste », lui, ne se voit pas ! D'abord parce que l'authenticité du *care* est très liée à sa discrétion, et ensuite parce que, souvent, vu de l'extérieur, rien ne ressemble plus à un geste « maltraitant » qu'un geste « bientraitant ». »².

Confrontés à ces épreuves, un certain nombre de cliniciens démissionnent car « *ils n'en peuvent plus* » comme ils disent, ils se sauvent pour un ailleurs avant que le « burn-out » ne les paralyse complètement. D'autres cependant décident de rester, de sauvegarder quelque chose de l'idée qu'ils se font de la clinique et de se battre à l'intérieur de leur institution. Ils prennent alors la parole là où ils peuvent pour partager leur expérience clinique et la faire valoir, ils luttent pour une clinique leur permettant de concilier normes d'autonomie et pragmatique d'attachement.

Cette troisième partie vise à rendre compte des postures cliniques et des épreuves caractéristiques de cette tentative de conciliation. Par posture clinique, nous entendons la manière dont les cliniciens se tiennent, se positionnent, se protègent, restent sur leur garde ou se mettent en « garde » face à ces épreuves. Les cliniciens tirent-ils de cette politique d'action par projets un bénéfice leur permettant d'aller plus loin dans leur pratique de *care* ou, au

¹ Cf. supra chap.3.III.4.*La répétition des situations d'impasse : une mise à l'épreuve des actions d'étaillage.*

² MOLINIER P., « Le défaut de souci des autres, point aveugle de la campagne », <http://www.mouvements.info/spip.php?article18>, 8 mars 2007.

contraire, se retrouvent-ils empêchés dans leur capacité à agir, coincés entre deux schémas normatifs (activation et attachement) rendant stérile toute tentative d'articulation ?

C'est ce que nous allons tenter de déterminer en étudiant deux postures prégnantes chez les cliniciens rencontrés : la posture de coordination qui se déploie dans un cadre d'action publique où règnent le pilotage par projets et l'injonction à l'activation (chapitre 6) ; la posture d'indétermination qui se déploie dans la « bienveillance dispositive » et le fait de se laisser guider et attacher par autrui (chapitre 7).

CHAPITRE 6 – LA POSTURE DE COORDINATION ET L'ÉPREUVE DE LA CLINIQUE PAR PROJETS

« Chef de service du 115 », « CESF coordinatrice de la PASS », « Coordinateur du Carrefour Santé Mentale Précarité », « Psychologue clinicien-coordonateur du Réseau Santé Mentale Précarité », « Agent de santé, coordinateur du projet Déclat Santé », « Médecin coordinateur des Equipes Mobiles », etc., les appellations associant un statut de coordination à celui de clinicien ne cessent de remplir les pages « *profil de poste* » se trouvant à la fin du « *cahier des charges* » des dispositifs étudiés précédemment. Nombreux sont ces cliniciens *en posture de coordination* qui postulent pour se confronter à l'épreuve des « charges » administratives, managériales, gestionnaires de ces dispositifs. « *Clinicien de formation* » et « *coordinateur sur le tas* » comme ils disent, ces professionnels ont cependant à cœur de rester des cliniciens avant tout.

En quoi consistent les activités de ces cliniciens en posture de coordination ? Quelles sont les tensions spécifiques à l'épreuve de standardisation des pratiques cliniques liée à la logique du projet ? Comment les cliniciens parviennent-ils à s'en dégager ?

Nous faisons l'hypothèse dans ce chapitre que les cliniciens trouvent dans la clinique par projets des ressources pour prolonger leur pratique de *care* en leur permettant, notamment, de veiller, dans les instances institutionnelles qui participent au cadrage de la clinique, à ce que la démarche de redistribution des supports cliniques soit avant tout ajustée au parcours de vulnérabilité des personnes en situation de précarité.

Ce chapitre s'inscrit dans la continuité des analyses sociologiques des pratiques de travail sur autrui, saisies comme relevant de la « cité par projets » telle que l'ont définie Luc BOLTANSKI et Eve CHIAPELLO. Nous rappelons que, pour ces auteurs, la « cité » désigne l'« appareil justificatif » propre à une configuration sociale donnée¹. Elle constitue un modèle de justice, à partir duquel il est toujours possible de comparer les pratiques de travail sur autrui (de management, d'éducation, de soin, etc.). Nous pensons que les cliniciens de la

¹ « Nous avons choisi d'appeler « cité par projets » le nouvel appareil justificatif qui nous semble être actuellement en formation pour quelques raisons qu'il convient d'explicitier car l'expression peut sembler malaisée à manier et peu claire. Elle est en fait calquée sur une dénomination fréquente dans la littérature du management : l'organisation par projets. Celle-ci évoque une entreprise dont la structure est faite d'une multitude de projets associant des personnes variées dont certaines participent à plusieurs projets. La nature même de ce type de projets étant d'avoir un début et une fin, les projets se succèdent et se remplacent, recomposant, au gré des priorités et des besoins, les groupes ou équipes de travail. Par analogie nous pourrions parler d'une structure sociale par projets ou d'une organisation générale de la société par projets. » BOLTANSKI L., CHIAPELLO E., (1999), *op. cit.*, p. 158.

précarité n'échappent pas à la sociologie de leur temps. Ils font partie du monde connexionniste décrit par Luc BOLTANSKI et Eve CHIAPELLO dans lequel ils trouvent des ressources pour agir.

I. Tracer les contours d'une clinique évaluable, territorialisée, ciblée

La principale activité des cliniciens en posture de coordination consiste à concevoir des projets ou à s'intégrer à des projets initiés par d'autres. Leurs pratiques de cliniciens sont faites d'une multiplication de rencontres et de connexions temporaires, mais réactivables, à d'autres professionnels des champs sanitaires et sociaux¹. Le projet y est généralement l'occasion et le prétexte de la connexion. Il rassemble les cliniciens temporairement en les associant parfois à d'autres personnes dont ils ne partagent pas forcément la profession, le territoire, la culture, pas grand-chose si ce n'est la volonté de travailler ensemble sur un objet précis. Comme le soulignent Luc BOLTANSKI et Eve CHIAPELLO, le projet se présente « comme un bout de réseau fortement activé pendant une période relativement courte, mais qui permet de forger des liens plus durables qui seront ensuite mis en sommeil tout en restant disponibles. »²

Ces bouts de réseaux transitoires sont une manière spécifique de penser le temps et l'espace que l'on retrouve, par exemple, dans le discours des cliniciens lors de notre étude du parcours sanitaire et social d'Emilio, où le chef de service du 115 de l'Ain nous raconte comment il envisage de créer une nouvelle structure d'accueil s'inscrivant dans la temporalité du « transitoire durable »³ et qu'il nomme « *espace transitionnel* » : « [l'entretien s'ouvre sur un projet novateur que m'a exposé mon interlocuteur lors d'un précédent entretien et qu'il appelle « espace transitionnel », je lui demande de m'en dire plus] *enfin... en fait ... ça a encore évolué ! C'est-à-dire que je pense que la question de cet accueil-là, c'est un accueil qui devrait partir du point de vue du public, ici femmes en grande difficulté, sur un accueil qui soit un accueil immédiat et avoir tout de suite derrière l'idée d'un parcours d'insertion qui soit multiforme. Je m'en explique. On peut avoir des personnes qui ont besoin d'un temps où on se pose, on s'arrête parce qu'on quitte un lieu, on quitte une vie, on est en rupture familiale et conjugale. Ca demande déjà un effort pour partir, mais aussi un effort pour rester et ne pas y retourner, et de se poser. Ca peut s'inscrire dans un parcours d'insertion qui vient*

¹ Cf. supra chap.2.II. *Connaître les partenaires à travers des activités d'étayage et de réticulation.*

² BOLTANSKI L., CHIAPELLO E., (1999), *op. cit.*, p. 156.

³ Cf. supra chap.3.IV. *(Reprise) Lorsque le parcours de vulnérabilité d'Emilio dessine la constellation de la prise en charge sanitaire et sociale.*

se contracter sur une observation de la part d'un travailleur social et qui viendrait après décliner le travail qui est à faire. Et pour ce faire, la seule solution qu'on pourrait avoir c'est d'avoir un lieu de vie. Un lieu de vie qui serait accueillant en fonction des places disponibles dans l'immédiat. Mettre les personnes dans un processus de mise à l'abri style 115. Que cette structure soit adossée à l'accueil immédiat, la possibilité d'un accueil dans une dimension collective ou semi collective, qui viendrait en ce sens, être un espace transitionnel pour que la personne apprenne, une fois qu'elle est stabilisée, mieux dans ses baskets et prête à repartir dans du logement diffus. Pourquoi pas partir dans du logement. Ça voudrait dire qu'on aurait un espace transitionnel qui partirait d'un accueil immédiat conjoint à un accompagnement social plus global qui s'inscrit dans un parcours de la personne. Le temps de se poser, de se reconstruire un petit peu et le temps après soit de retourner dans un logement de droit commun, dans l'accès au droit commun, soit la personne n'est pas prête et elle sort de cet aspect d'accueil collectif pour aller dans un CHRS, comme il en existe aujourd'hui, en diffus. » (Mr NOMAD, chef de service du 115 de l'Ain et du CHRS « La Parenthèse ».)

Autre exemple, une référente du CSMP, cadre infirmier de proximité dans un CMP, explique comment elle trouve un intérêt à réticuler avec d'autres projets et dispositifs en participant ici à un projet visant à favoriser l'accès aux droits de personnes en difficulté : *« J'ai reçu une première invitation pour participer à la présentation du projet d'accès aux droits sur la ville de Bourg. C'était une réunion de synthèse, une réunion étape. J'ai tout de suite trouvé ça très intéressant. La démarche avait commencé depuis quelques temps déjà, mais je trouvais que les échanges entre les accueillants et les accueillis étaient très intéressants. J'ai tout de suite associé l'accès aux droits à l'accès à la santé et à la manière dont cette démarche était reproductible au CMP... C'est ce qui a fait que j'ai continué à aller dans ces réunions même si c'est vrai que ça fait beaucoup de réunions de coordination. Au CMP aujourd'hui, on s'est donné comme priorité de développer les actions partenariales. On ne peut pas tout faire et c'est pas bon d'être partout mais on essaie quand même de travailler de plus en plus en réseau. »* (Une référente du CSMP, cadre Infirmière de Proximité dans un CMP.)

Aussi cette cadre infirmier nous explique que le CMP dans lequel elle travaille a aujourd'hui une trentaine de partenaires¹. Son activité se déploie dans la pluralité des projets tenus par le

¹ Le CMP de Bourg-en-Bresse compte parmi ses partenaires : le Réseau Santé Mentale Précarité ; les associations de tutelle (ATMP, UDAF) ; les structures de soins du CPA (CPA, Equipe de Fleyriat, CMP et UF d'autres secteurs, US Ado, Le Château, Le Parchemin, CSMP, CTS) ; les services d'interprètes ; les centres de

CMP, projets de tous ordres, qui peuvent être menés conjointement. L'activité de coordination de la cadre infirmière peut se comprendre comme la succession de projets qui prennent la forme de dispositifs transitoires et qui viennent thématiser les multiples formes de prises en charge potentiellement offertes à l'individu en souffrance, telles que les prises en charge thérapeutique, sociale, familiale, éducative, artistique et caritative. Comme le soulignent Luc BOLTANSKI et Eve CHIAPELLO, « c'est précisément parce que le projet est une forme transitoire qu'il est ajusté à un monde en réseau : la succession des projets en multipliant les connexions et en faisant proliférer les liens, a pour effet d'étendre les réseaux. »¹ Le clinicien, comme la personne en situation de précarité, est soumis à la même injonction à créer des projets². S'il ne le fait pas, s'il n'explore pas ses réseaux, il semble être menacé d'incapacité à agir, c'est-à-dire, dans un univers réticulaire, de mort annoncée. Ne pas avoir de projet aujourd'hui, pour l'individu comme pour le professionnel, c'est ne plus exister. Prendre soin de la relation d'aide dans un monde connexionniste suppose donc de se connecter aux autres, entrer en relation, tisser des liens, afin de ne pas être seul à porter la charge de la prise en charge³. Pour ce faire, le clinicien doit être en mesure d'alimenter et de faire tenir le lien ce qui requiert, comme nous allons continuer à le voir, des compétences et une mentalité propres au négociateur et au diplomate.

De manière générale, nous avons observé comment le CSMP s'articulait de manière réticulaire avec d'autres projets tels que le « *projet d'accès aux droits* » sur la ville Bourg-en-Bresse dont parle la cadre de santé ci-dessus, le « *projet Décliv Santé* » à Ferney-Voltaire ou

cure (Létra, St Galmier, Plateau d'ASSY) ; les maisons de convalescence (Hélios, Mangini, Angeville, Centre spécialisé de Chanay) ; les structures dépendantes de la COTOREP (2 Ateliers protégés, 7 CAT, 2 SAS, clubs de loisirs, Association Vivre en ville UNAFAM, Lieux de vie, 3 Foyers occupationnel, Hôtel social) ; l'association Aide Accueil aux Jeunes ; les services sociaux (CCAS, DIPAS (6 CMS, service enfance, sauvegarde de l'enfance, service enquête du PRADO, PJJ)) ; les structures de réinsertion professionnelle (missions locales, CAVA, associations) ; les services hospitaliers (Fleyriat, Clinique Convert, Cliniques spécialisées, Clinique Médico-Universitaire G.Dumas à Grenoble) ; les médecins généralistes, psychiatres, psychologues, infirmiers libéraux ; le Centre de planification et d'éducation familiale ; les intervenants des activités thérapeutiques ; les services de maintien à domicile (aides ménagères, association de la Croix Rouge, ADAPA, ADMR, TISF, Association familiale populaire, Aide aux mères et aux familles, Restaurant le Bon Accueil, Bourg Traiteur) ; les centres sociaux (Reyssouze, Pôle Amédée Mercier) ; les structures d'hébergement (FAR, Tremplin (halte de nuit et service logement), Résidence Paul Barberot, Résidence ALFA 3A à Vonnas, Résidence Accueil Jeunes, Foyer des 3 Saules, Résidence des Marronniers, SONACOTRA) ; les Maisons d'Accueil Spécialisé ; l'ASSAGA (services loisirs et vacances accompagnés) ; le SPIP ; les psychologues RMI ; le service APA ; les IMP ; les maisons de retraites ; AVEMA ; les pharmacies ; la police, les pompiers ; les taxis, Ambulances, VSL, ASADA.

¹ BOLTANSKI L., CHIAPELLO E., (1999), *op. cit.*, p. 167.

² Cf. supra chap.3.III.2.*La non-demande : une mise à l'épreuve de la logique du projet.*

³ Cf. supra chap.1.*Le Carrefour Santé Mentale Précarité : l'émergence d'un collectif d'intervention auprès des personnes en « souffrance psychique ».*

encore le « *Projet santé publics en difficulté* » de Belley¹. Le responsable du CSMP, en position de coordinateur, n'a eu de cesse tout au long de l'histoire du dispositif de développer de l'activité². Jamais à court de projets ou à court d'idées, ce qui se traduit par des ordres du jour, des réunions de bureau et plénières toujours nombreux, les cliniciens du CSMP ont toujours quelque chose en vue, en préparation, un devenir issu d'une lecture ou d'une rencontre avec un des multiples partenaires que la volonté partagée de faire a permis de mettre sur leur chemin. C'est ainsi qu'en accompagnant Mme PARTSON, référente Cadre Infirmière de Proximité du CSMP, localement dans son secteur de rattachement (secteur psychiatrique n°4), nous avons été amenés à entrer dans la dynamique d'élaboration du « SPEL³ Projet santé publics en difficulté » de Belley, dans laquelle la référente s'était investie. Ce projet donne à voir la manière dont se construit progressivement une certaine forme d'impératif gestionnaire dans l'activité des cliniciens en posture de coordination. Pour cette raison, nous avons choisi de partir de l'exemple de ce projet pour étudier la manière dont les cliniciens de la précarité *conçoivent des projets* et voient, en même temps, activer les formes organisationnelles de leur pratique clinique par la logique du projet.

1. L'activation des formes organisationnelles de la clinique à travers la conception de projets : l'exemple du « SPEL Projet santé publics en difficulté »

L'activité des référents du CSMP n'a pas d'existence dans une seule et unique institution. Elle s'étaye sur la mise en relation de partenaires travaillant en réseau et qui *négoient* une action à venir. Leur activité par excellence est donc la rencontre⁴. Cette rencontre a lieu principalement lors de réunions appelées « bilan » ou « Comité de Pilotage ». Ces réunions leur permettent de rompre avec leur isolement, souvent préalablement ressenti en tant que « référent précarité » dans les CMP, et de frayer de nouveaux projets avec d'autres cliniciens en posture de coordination qui ne travaillent pas en psychiatrie. Pour ce faire, toute première rencontre entre cliniciens commence par un travail d'inventaire, à travers ce qu'ils appellent le « rappel de l'existant », qui permet de créer une tentative de rapprochement autour d'objectifs communs.

¹ Cf. supra chap.2.II.3. *Les réseaux institutionnels locaux : vers une écoute institutionnelle du parcours des personnes en situation de précarité.*

² Cf. supra chap.1.I.1. *Le responsable du CSMP : un psychiatre militant du « social ».*

³ SPEL : Service Public de l'Emploi Local.

⁴ Comme nous l'avions déjà observé dans la forme d'intervention de type *écologie*.

L'activité d'inventaires : une intégration partagée de la codification des autres professionnels du projet

« Dès 1998, un « groupe santé » a commencé à réfléchir sur les besoins non couverts des publics jeunes en insertion. Cette réflexion a abouti à la création d'un lieu d'écoute, de parole et d'expression au sein de la PAIO qui a fonctionné environ deux ans. La tentative pour redémarrer cette action n'a pu aboutir. Le besoin existant toujours, le groupe a continué à réfléchir en 2002-2003 et a proposé un projet de plateforme DIESE, projet retenu comme prioritaire par le service public de l'emploi local (SPEL) puisque des problèmes périphériques tels que la santé sont des obstacles à la reprise et au maintien dans l'emploi. Ce projet ne verra pas le jour faute de financement.

En décembre 2004, le diagnostic local de santé du Bugey réalisé par l'Espace Régional de Santé Publique, financé dans le cadre du contrat de Plan Etat Région Rhône-Alpes, la DRASS Rhône Alpes et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie Rhône-Alpes, réactive la volonté locale d'améliorer et de compléter les réponses sanitaires et sociales dans le Bugey. Ce diagnostic fait ressortir que le Bugey est en surmortalité par rapport à la région Rhône-Alpes, que ce soit pour la mortalité générale, la mortalité prématurée ou la mortalité des personnes de plus de 65 ans, et cela chez les femmes comme chez les hommes.

Un groupe de travail, associant les principaux partenaires locaux et les financeurs, a repris le projet depuis avril 2006. Le Syndicat Mixte du Bugey est associé à cette réflexion ; la santé pouvant être un axe du Contrat de Développement de Pays Rhône-Alpes (CDPRA).

Sur le secteur du Bugey, reconnu comme prioritaire en mai 2005 par le PRSP, les problématiques des jeunes et des adultes apparaissent comme similaires pour les publics en insertion.

Une enquête réalisée entre janvier et mars 2006 auprès d'un échantillon de personnes bénéficiaires du RMI révèle qu'environ 42% souhaitent bénéficier d'informations sur la santé en générale, l'alimentation et la CMU.

De plus, cette enquête montre que les lieux et les personnes ressources du local ne sont pas clairement identifiés. »

La préhistoire du projet, « Le rappel de l'existant » extrait du Compte-rendu du comité de pilotage, 12 avril 2006.

Démarré en avril 2006 à l'initiative de la responsable de la DIPAS¹ de la ville de Belley, le « *SPEL Projet santé publics en difficulté* » affiche d'emblée son ambition de s'inscrire comme élément de réponse à tout un ensemble de « diagnostics de situation » recueillis auprès de diverses sources d'information tant au niveau régional/départemental (ORS², DDASS³, ERSP⁴) que local (Communauté de Communes, CPA, Associations⁵, Mission locale, DIPAS). Avec la volonté de croiser les recommandations issues de ces diagnostics et les perceptions que chacun a pu en avoir, la première rencontre réunit des professionnels de

¹ DIPAS : Direction de la Prévention et de l'Action Sociale.

² ORS : Observatoire Régional de la Santé.

³ DDASS : Direction Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales.

⁴ ERSP : Espace Régional de Santé Publique.

⁵ Principalement les associations locales d'insertion appelées « Pélican » et « Diapason ».

l'action sociale et de la santé, des acteurs institutionnels et partenaires de la DIPAS, et un certain nombre de professionnels de terrain (de l'aide sociale, de l'insertion)¹ autour de ce que ces professionnels appellent « un rappel de l'existant ». Cela concerne aussi bien la « préhistoire » du projet que l'énoncé d'un certain nombre d'éléments d'analyse concernant l'expression des besoins des populations et des institutions², ou encore l'expression des ressources existantes en termes de programmes et de financements³. Ce « rappel de l'existant » a pour fonction de commencer à envisager la coordination des interventions des différents acteurs autour de la formulation d'un objectif commun : « *trouver les modalités pour mettre en place un lieu d'accueil qui aborderait l'axe santé et la dimension sociale de tout public en difficulté* »⁴.

Bien souvent, l'équipe promotrice d'un tel projet de coordination n'appartient pas à une seule organisation classique, formelle et hiérarchisée. Contrairement au CSMP qui réunit au sein d'une même organisation (le CPA) une coordination de compétences professionnelles (les référents) et de fonctions sociales différentes, le dispositif étudié ici fait travailler ensemble des individus appartenant à diverses organisations et donc à divers territoires (secteurs psychiatriques, circonscriptions d'action sociale, intercommunalité, canton). C'est un espace d'action, défini et animé par des professionnels, pour la plupart d'anciens cliniciens reconvertis dans des missions institutionnelles, qui ont tous un vécu pratique différent de la problématique mais qui cherchent à en partager une vision commune.

Dès les premières réunions, le groupe a ainsi mis en valeur tout un ensemble de notions donnant à voir la nature des corpus doctrinaux qui les reliaient : « *se réunir en plate forme* », « *être de compétences différentes et complémentaires sur un territoire donné* », « *agir pour un objectif commun et selon des normes et des valeurs partagées* », « *agir sur la base d'une coopération volontaire pour améliorer la prise en charge de ces publics en difficulté* »⁵.

Or, si ces corpus doctrinaux donnent à voir l'émergence d'une structure organisationnelle horizontale, cela ne va pas de soi, chacun ayant des contraintes tant en termes de disponibilité que de mandat, en fonction de son institution de rattachement. Dans le projet étudié ici, ces

¹ Cf. annexes du chapitre 6 - Tableau récapitulatif des présences/absences aux différentes réunions du projet.

² Cf. annexes du chapitre 6 - Tableau récapitulatif des diagnostics concernant les besoins des populations et des institutions en fonction de la personne formulant le rappel de l'existant et de l'institution ayant réalisé le diagnostic.

³ Cf. annexes du chapitre 6 - Tableau récapitulatif des ressources existantes et des informations délivrées.

⁴ Objectif de la première réunion, extrait du compte-rendu du comité de pilotage du 12 avril 2006.

⁵ Extrait du cahier de notes personnelles. Réunion du CP du 29 juin 2006.

contraintes ont créé assez rapidement un réajustement des rôles et des compétences de chacun des membres, ce qui a fait émerger un organigramme composé de deux comités¹ : un Comité Technique (CT) et un Comité de Pilotage (CP).

Dès la deuxième réunion, le groupe a défini que le « Comité Technique est l'instance chargée d'élaborer le projet et de faire des propositions au Comité de Pilotage qui est l'instance décisionnelle »². Le CP est composé principalement de financeurs et d'acteurs institutionnels alors que le CT est composé d'acteurs institutionnels (pour la plupart anciens cliniciens³), d'une experte en ingénierie de réseau, de quelques professionnels de terrain (Cadre Infirmière de proximité et conseillère) et de moi-même en tant que « *chercheur pouvant apporter un regard critique et distancié* »⁴.

Note méthodologique sur ma posture de recherche

Mes deux compétences de psychologue clinicien sensible à la problématique des personnes en situation de précarité et d'ancien coordinateur de projets psychosociaux n'étaient évidemment pas non plus pour rien dans cette demande de regard critique, et ce même si j'essayais d'être clair sur ce point avec les autres membres du CT.

Là encore, ma posture a été celle de l'observateur impliqué, qui participe activement aux débats mais qui ne prend pas de position structurelle sur le projet. Les membres du CT me demandaient régulièrement ce que j'en pensais, tant au niveau des discussions en cours qu'au niveau de l'analyse que je faisais de leur dispositif. Contrairement au CSMP, ce dispositif n'a pas intégré mes analyses à sa stratégie d'évolution. Je mets cela en lien avec le fait que la démarche méthodologique qui va être travaillée dans ce dispositif, comme nous allons le voir, l'a fait sortir de sa visée clinique. Du même coup, ce qui a été « impliqué » en tant qu'observateur, c'est plus ma posture de psychologue clinicien, venant combler les déficits de clinique que j'observais, que celle de coordinateur de projet, qui observait un trop plein de coordination et de gestion de projet. Mon positionnement éthique n'étant pas en accord avec celui que je pressentais dans cette équipe projet, une certaine distance s'est créée, distance certainement ressentie par celle qui prendra les commandes du projet, Mme AUBIN. Mon positionnement, en tant que chercheur, dans ce projet est ainsi venu mettre en lumière, par contraste et parce que la clinique me semblait mise à mal, quelle était la nature de la valence « impliquée » de ma posture d'observateur. Je me suis à ce moment là rendu compte à quel point j'étais d'une certaine manière pris par la clinique du CSMP. Je suis progressivement devenu dans ce CT, une sorte de référent du CSMP, notamment, comme nous le verrons, lorsque la référente que j'accompagnais est partie et que personne ne l'a remplacée, à part moi qui continuais à participer au groupe.

¹ Cf. annexes du chapitre 6 - Tableau récapitulatif du nom des acteurs du projet et de leur institution de rattachement en fonction de leur appartenance au CP ou au CT.

² Extrait du cahier de notes personnelles. Réunion du CP du 29 juin 2006.

³ Mme MARIN est psychologue de formation. Mme VITAL possède une maîtrise de psychologie. Mme PARTSON a été infirmière avant d'être cadre infirmière. Mme RELAIS est une ancienne assistante sociale.

⁴ Selon les mots de la responsable de la DIPAS.

Avec le recul, je me rends compte que mes différents terrains d'observations impliquées ont sollicité en moi des « implications » inversement proportionnelles au défaut de *care* que je percevais dans les dispositifs rencontrés. Ainsi, au CSMP, je prenais progressivement une position de chercheur impliqué en tant que coordinateur de projet alors que dans ce CT, je redevais un chercheur impliqué en tant que psychologue. En partant du constat que je ne pouvais finalement pas faire autrement, il s'agit alors pour moi de comprendre en quoi ces prises de posture donnent des informations sur les dispositifs étudiés et, notamment, sur les interférences qu'ils mobilisent en moi (mais pas seulement) entre psychologie clinique, coordination de projet et sociologie.

Il y a dans ces deux comités peu de professionnels étant au contact direct des personnes en situation de précarité et aucun professionnel de santé (médical, paramédical ou social) exerçant en tant que tel, ce qui peut paraître surprenant étant donné l'intitulé du projet (« *SPEL Projet santé publics en difficulté* »).

Lorsque ce projet a été créé, la question de la différenciation des positions au sein des différents comités qui le constituent s'est effectuée sur une triple base :

- sur la base du volontariat et de l'engagement des acteurs qui ont, lorsque cela était nécessaire¹, demandé préalablement à être missionnés par leur institution de rattachement pour participer au projet ;
- sur une base fonctionnelle : par exemple, les représentants de la DDASS ayant ici une fonction d'évaluateur et de potentiel financeur, leur intégration au CT était impossible. A l'inverse, les acteurs qui occupaient une position « centrale », au sens où ils possédaient soit une connaissance opérationnelle concernant le fonctionnement du réseau local informel, soit des savoirs et savoir-faire techniques sur l'entreprise commune, ont rapidement intégré le CT;
- sur la base d'affinités relationnelles : dans la situation étudiée, certains membres du groupe se connaissaient et s'appréciaient de longue date et avaient déjà plus ou moins l'habitude de travailler de manière informelle en réseau.

Comme nous l'avons déjà noté pour le CSMP, ce qui semble relier les différents professionnels de ce projet, est une volonté partagée de faire face à l'impossible prise en charge des personnes en situation de précarité, difficulté exprimée par les équipes qu'ils encadrent. En l'absence d'accès à la problématique de la prise en charge directe (pour les institutionnels) ou parce que leur vécu de clinicien est trop lointain, ou encore parce qu'il

¹ Les directeurs d'institution n'ayant fonctionnellement pas à effectuer cette démarche.

semble trop différent de la problématique soulevée par le projet, les cliniciens en posture de coordination de ce projet vont sans cesse chercher à recevoir l'approbation des professionnels de terrain pour valider leur propre analyse.

Ainsi, au regard du fait que ce projet s'affiche comme étant un projet de santé, l'absence de professionnel de santé en contact direct avec des patients dans les deux comités du projet apparaît pour tous comme étant une limite à la connaissance de la problématique mise en évidence lors du « *rappel de l'existant.* » Malgré le travail fastidieux effectué par la responsable de la DIPAS qui a épluché les différents diagnostics de situation évoqués plus haut et la somme importante d'informations dont disposait le CP, ce dernier a choisi de réaliser à nouveaux frais et à son propre compte, « *un diagnostic partagé avec les interlocuteurs qui connaissent le mieux ces publics* »¹. Ce diagnostic supplémentaire n'allait pas prendre la forme d'une nouvelle étude de situation, longue et fastidieuse, mais celle d'un brainstorming² visant à la fois à mieux renseigner le CP sur le vécu des professionnels de terrain, et à mobiliser ces derniers sur un certain nombre de thématiques communes. Ainsi nous pouvons lire dans la lettre envoyée à douze institutions³ :

« Dans le cadre du projet santé articulant le sanitaire et le social en direction des publics en difficulté sur le territoire de Belley, nous avons besoin de repreciser le public concerné et la prise en charge qui pourrait lui être proposée. Nous souhaitons vous associer à cette réflexion. [...] Pour préparer cette réunion, nous vous demandons de bien vouloir identifier, si possible, chiffrer les publics pouvant relever de ce projet (cas concrets). »

Extrait de la lettre du 26 juillet 2006.

24 personnes (donc 7 membres du CT) répondront positivement à l'invitation du 26 juillet et se retrouveront le 22 septembre 2006 pour cette réunion qualifiée « *de technique* ». Si les personnes présentes (hors CT) sont, pour la plupart, des professionnels de terrain, force est de constater qu'il y a toujours peu de professionnels de santé présents⁴.

¹ Extrait du bilan du projet joint à la lettre d'invitation pour la réunion technique « Brainstorming ».

² La forme d'évaluation n'est pas anodine. Le *brainstorming* offre les conditions idéales pour que la *catharsis* qu'il provoque fédère le groupe des professionnels et que les réflexions et affects échangés dans ce moment de crise constituent le socle d'un nouvel « élan vital » pour le projet. Ainsi nous pouvons lire à la fin du bilan joint à l'invitation : « Cet échange sera la base de travail pour l'élaboration d'un nouveau projet à soumettre aux financeurs. »

³ La liste des institutions destinataires a été placée dans les annexes du chapitre 6.

⁴ Cf. annexes du chapitre 6 - Liste des personnes présentes à la réunion technique du 22 septembre 2006 et nom de leur institution de rattachement.

Le CT, chargé d'organiser la rencontre, a également été chargé de dépouiller les données recueillies et de les organiser. Le découpage des informations a été effectué en trois points¹ reprenant les catégories « publics », « problématiques » et « solutions ».

Ces résultats ont ensuite été présentés et discutés à la réunion du CP du 12 octobre. L'objectif de cette réunion était de trouver le type de structure permettant d'apporter une réponse aux trois niveaux de problématique mis en évidence. Ainsi se poursuivait la revue fastidieuse des différentes structures, programmes et projets existants comme le montre le dialogue suivant² :

Me LAJOIE (dir ANPE) : « Mais c'est clair ce qu'ils disent [parlant des professionnels de terrain], on le voit bien aux guichets de l'agence, ce public est en souffrance, avant de lui trouver du travail, il a d'abord besoin d'avoir accès aux soins.

Me RELAIS (dir DIPAS) : accès aux soins oui et aussi trouver du lien social.

Me MARIN (coord DDTE) : c'est bien joli tout ça mais nous sommes parfois, et je dis bien parfois seulement, face à un public demandeur d'activité. La plupart du temps, il n'est pas employable et ne relève même pas d'un CAT³. Donc à mon avis, on doit aussi réfléchir tout simplement à comment occuper ces gens là, le lien social ça viendra après, ou en même temps si on a de la chance...

Me VITAL (conseillère ANPE invitée au CP) : Nous à l'ANPE, on a besoin de connaître le fonctionnement des institutions qui existent. Il faut qu'on apprenne à échanger les informations, peut-être que chacun y mette du sien par rapport à la question du secret partagé et surtout qu'on se coordonne les uns les autres.

Me PARTSON (référént CSMP) : Ce travail se fait sur Bourg par le biais du Réseau Santé Mentale Précarité.

Me CARRE (coord DDASS) : c'est vrai que ça se fait sur Bourg mais pour revenir à la question du public, ils ont peut être tout simplement besoin d'avoir une structure médico-sociale adaptée et qui relève d'une prévention tertiaire. Ce sont paradoxalement des malades qui n'ont pas besoin de soin mais qui ne sont pas en situation d'être réinsérés.

Me RELAIS (dir DIPAS) : Vous pensez à un centre de jour ? mais ça suppose un gros financement car il faut des professionnels et des bénévoles.

Me MARIN (coord DDTE) : non, des ateliers d'insertion ou occupationnels suffiraient à mon avis.

Me RELAIS (dir DIPAS) : il existe en tout cas un centre de jour dans le Jura qui assure l'accueil de publics en rupture de liens et ne pouvant pas intégrer le travail. On pourrait aller les voir. En tout cas, un centre de jour suppose d'une part un travail avec les associations locales et d'autre part de réfléchir aux services sollicitables sur Belley comme le toilettage des chiens, le coiffeur, etc.

Me PARTSON (référént CSMP) : d'accord mais le problème de la maladie mentale ou du mal-être était vraiment bien exprimé par les professionnels, est-ce que ces ateliers occupationnels correspondent vraiment à ce public ?

Me RELAIS (dir DIPAS) : il faut qu'on travaille le lien entre le social et la santé mentale. Est-ce que cela est envisageable avec le projet d'équipe mobile ?

Me CARRE (coord DDASS) : l'équipe mobile est là pour faire un diagnostic et passer le relais ensuite au CMP pour le suivi individuel.

Me DEFER (dir Missions Locales) : ouais mais quand on voit les délais dans les CMP, on peut continuer à s'inquiéter si ça se passe comme ça.

¹ Cf. annexes du chapitre 6 - Synthèse des éléments recueillis lors de la réunion technique du 22 septembre 2006.

² Ce dialogue a été reconstitué à partir des notes prises pendant la réunion et du compte-rendu du CP du 12 octobre 2006.

³ CAT : Centre d'Accueil par le Travail.

Me BELLECOUR (chargée mission Missions Locales) : actuellement, nous, à la mission locale, on ne sollicite plus le CMP, les délais sont trop longs.

Mr PEGON : la question du relais de l'équipe mobile au CMP est encore en débat. Les membres du CSMP ne pensent pas que l'équipe mobile n'est là que pour le diagnostic. Le suivi individuel des personnes ne pourra certainement pas se faire sans le professionnel de l'équipe mobile avec qui la personne a accroché. En plus, comme vous le savez, le lien équipe mobile CMP dépendra de la politique de secteur du CMP local, Me PARTSON vient d'en parler et son départ ne va pas faciliter les rapports entre ce projet et le CMP.

Me DEFER (dir Missions Locales) : Il faudrait peut être que le CPA se décide à harmoniser ses politiques de secteurs, existe t-il un levier financier sur le budget du CPA qui permettrait de satisfaire les besoins du CMP de Belley ?

Me CARRE (coord DDASS) : C'est une question de bonnes pratiques professionnelles, on attend que les choses changent, on attendait beaucoup de vous [regardant Me PARTSON] par rapport à ce projet et pour le CMP... c'est une discussion interne au CPA, c'est à lui de déterminer quelles sont ses priorités mais ici ce n'est pas le lieu pour en débattre.

Me RELAIS (dir DIPAS) : Est-ce qu'une structure type PAEJ¹ comme Chocolat chaud à Bourg pourrait correspondre ?

Me LECHATEAU (AS DDASS) : Les PAEJ sont nés de la fusion entre les Point Ecoute Jeunes et les Points Accueil Jeunes. C'est un lieu libre d'accès, d'accueil et d'orientation pour un public spécifiquement jeune qui ne relève pas de la santé mentale.

Me DEFER (dir Missions Locales) : On en revient au CMP.

Me CARRE (coord DDASS) : Non, la santé mentale soin relève du CMP mais ici on est dans la santé mentale prévention, ce sont d'autres dispositifs. Les besoins en soin peuvent déjà être satisfaits par une régulation des structures existantes, ce projet peut par contre entrer dans le cadre de la prévention.

Me BELLECOUR (chargée mission Missions Locales) : Est-ce qu'on peut avoir un projet commun pour les jeunes et pour les adultes ?

Me CARRE (coord DDASS) : Les besoins pour les uns et pour les autres ne sont pas les mêmes, il semble difficile d'avoir des actions communes pour ces deux publics, il faut également penser aux financements, qui sont très ciblés.

Me RELAIS (dir DIPAS) : Et il ne faut pas oublier les professionnels, les recommandations de la réunion que nous avons eue le 2 octobre avec le CSST² et le CCAA³ étaient de mettre en place une journée de formation interactive sur le public précaire confronté à des problèmes psychiatriques, psychiques ou de mal-être. Notre projet se situe à ce niveau également.

Me MARIN (coord DDTE) : Et on doit vous rendre ce projet pour quand ?

Me CARRE (coord DDASS) : Si vous voulez commencer avant 2008, il faudrait nous le rendre au début de l'année 2007. Si vous le souhaitez et comme je vous l'avais proposé, l'ADESSA peut vous aider à formaliser le projet.

Me RELAIS (dir DIPAS) : Très bien, alors on va partir si tout le monde est d'accord sur un lieu d'écoute, type SAO⁴ ou accueil de jour, et se réunir avec l'ADESSA en Comité Technique. Pour ce qui est d'« aller vers les autres » on reste attentif au projet Equipe Mobile sur Belley, on verra si on peut faire des liens ensuite. En matière d'addictions, on laisse le soin au CCAA et au Pélican de mener à bien une réflexion.

¹ PAEJ : Point Accueil Ecoute Jeune.

² CSST : Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes.

³ CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie.

⁴ SAO : Un Service d'Accueil et d'Orientation est défini dans le schéma Accueil Hébergement Insertion comme un guichet, avec un accueil physique, où sont initialisés des parcours individualisés. Il a une mission de veille sociale, comme le 115, qui repose sur deux principes : (1) exercer un accueil « inconditionnel » sur le territoire ; (2) obtenir l'adhésion de tous les acteurs du territoire pour une responsabilité partagée et pleinement assumée de cette mission d'accueil. Il n'existe, en octobre 2006, aucun service d'accueil et d'orientation dans l'Ain.

Me MARIN (coord DDTE) : Je vois deux thèmes qu'on pourrait essayer d'élaborer rapidement. La nutrition, il faudrait voir du côté de la banque alimentaire, des associations de familles rurales et des centres sociaux. Et aussi l'hygiène de vie.
Me RELAIS (dir DIPAS) : Il faut penser aussi à un deuxième volet « information, formation... » en direction des acteurs de terrain. Bon, on voit tout ça en CT.»

Comme le montre cet extrait de dialogue, les différents cliniciens en posture de coordination doivent sans cesse donner une définition des dispositifs qu'ils proposent, tout en expliquant d'où ils parlent. Cela ne va pas de soi puisqu'ils appartiennent, comme nous l'avons vu, à la fois à différentes institutions et à différents corps de métier. Le clinicien en posture de coordination doit donc savoir user d'une démarche à la fois justificative et compréhensive. Justificative car en tant qu'acteur institutionnel (et parfois ancien professionnel de terrain), il a une identité à faire tenir, il est le représentant et le garant d'une certaine idéologie institutionnelle et d'une certaine manière de concevoir l'individu. Il ne s'agit pas de se retrancher derrière son statut mais de faire valoir son point de vue pour que l'apprentissage commun soit empreint de l'identité de chacun. Compréhensive parce que les acteurs en présence sont à la recherche du meilleur compromis quant au dispositif permettant de répondre le plus largement possible à la problématique du projet. L'activité du clinicien en posture de coordination consiste ainsi à mettre en place un dialogue permettant d'identifier et de négocier les ressources en termes de dispositif les plus à même de répondre à la fois à la problématique des publics, des institutions et des professionnels de terrain.

Il est également intéressant de noter que la problématique mise en évidence lors du brainstorming avait déjà été rendue visible par les acteurs du projet suite au rappel de l'existant. Le constat de la difficulté à avoir prise sur ce public les avait conduits à opérer un découpage en termes d'« objectifs », de « publics », de « territoires », d'« activités » et de « financements », autant de catégories dont la définition va participer par la suite au processus de mise en ordre logique du projet. Le brainstorming a donc « seulement » permis de valider l'action d'opérationnalisation entreprise par le CP, comme si les acteurs du projet avaient besoin de légitimer la mise en place du processus de mise en ordre par un recueil du vécu des professionnels de terrain.

Une fois leur action légitimée par les professionnels de terrain, le clinicien en posture de coordination peut passer à la deuxième étape de la conception du projet et d'objectivation de la problématique du projet : catégoriser le projet, ordonner le réel à travers l'activité de mise en ordre des objectifs.

L'activité de mise en ordre des objectifs : entre « globalité » et « ciblage »

Armés de leurs premiers outils d'analyse des besoins, les cliniciens en posture de coordination tentent, dans la seconde étape de conception de ce projet, de recueillir un ensemble d'indicateurs objectifs qui se réfèrent à des données observées concernant la population cible, dans le projet étudié « *tout public en difficulté* ». En théorie¹, il s'agit ici de déterminer « *la fréquence (incidence, prévalence), la gravité (taux de mortalité, nombre d'hospitalisation), puis les conséquences économiques et sociales d'une pathologie ou des problèmes posés par une classe d'âge (personnes âgées, jeunes...)* »². Devant la multitude des problèmes mal résolus relatifs soit à une catégorie de population « *exclue et/ou en précarité* » (« *personnes isolées* », « *RMistes longue durée* », « *travailleurs pauvres* », « *jeunes désocialisés* »), soit à une pathologie particulière (« *dépression* », « *alcoolisme* », « *trouble du comportement* », « *violence* », « *malnutrition* »)³, les cliniciens en posture de coordination se mettent d'accord pour qualifier globalement le public et sa problématique : il s'agira d'accompagner un public « *en souffrance psychique* »⁴ qui échappe à l'existant en termes de dispositif de droit commun, un public qui crée de la souffrance chez des professionnels (stress relatif à des violences verbales et frustration de ne pas pouvoir remplir sa mission d'accompagnement) qui n'ont pas prise sur lui.

Face au sentiment général d'une problématique sur laquelle « *rien ne semble tenir et rien ne semble prendre* »⁵, et plutôt que de chercher à définir quelle est la nature de cette problématique et le pourquoi permettant de comprendre comment on pourrait s'en saisir, les cliniciens en posture de coordination choisissent de privilégier assez rapidement une approche méthodologique qui consiste à caractériser les « *objectifs* », les « *publics* », les « *territoires* », les « *activités* » et les « *financements* »⁶. L'articulation de ces différents découpages ne va pas de soi et, parce qu'elle est, pour les potentiels financeurs, un critère d'évaluation de la qualité d'un projet, elle relève d'une méthodologie spécifique. Or, les cliniciens en posture de coordination ne connaissent pas vraiment les modalités d'élaboration d'un projet de santé. Cela les conduit donc à chercher à rencontrer leurs financeurs potentiels, la DDASS ou le

¹ Cette « théorie » répond à une culture commune du montage de projet d'action publique qui n'a, pour les cliniciens en posture de coordination, rarement fait l'objet d'une formation universitaire. Le montage de projet a généralement été appris sur le tas, au contact d'experts généralement issus d'école de santé publique, comme c'est le cas ici avec l'arrivée d'une consultante de l'ADESSA qui énonce ces principes méthodologiques.

² Extrait du cahier de notes personnelles. Réunions du « SPEL Projet Santé Publics en difficultés » (avril-mai, 2006).

³ *Idem.*

⁴ *Idem.*

⁵ *Idem.*

⁶ *Idem.*

Conseil Général, qui leur proposent alors de travailler avec une structure intermédiaire qui emploie des consultants en santé publique susceptibles de les aider à répondre aux appels d'offres qui transitent par la DDASS.

C'est ainsi que la responsable de la DIPAS de Belley décide de rencontrer deux services de la DDASS (service Santé-Prévention et service Social-Insertion), afin de voir quelles sont les possibilités d'un tel montage tant au niveau méthodologique que pratique. Suite à cette rencontre, l'appui technique d'une association spécialisée dans le montage de projet « *Santé-Prévention* » semble « *incontournable* »¹, la DDASS ayant validé les impressions du groupe concernant le fait que la problématique santé liée « *à la souffrance psychique, à la malnutrition et aux addictions* » prévalait sur la problématique sociale liée à la précarité et à l'exclusion². Un partenariat avec l'ADESSA³ est alors envisagé. Il faudra cependant attendre le mois de novembre pour que l'ADESSA prenne véritablement ses fonctions dans le projet, le temps qu'une convention légitimant son intervention sur le territoire de Belley soit élaborée avec la DDASS.

Au mois de novembre 2006, l'ADESSA est missionnée par la DDASS pour apporter un appui méthodologique dans l'élaboration du projet. Cette action aura un but majeur, plus ou moins clairement énoncé par Mme CARRE lors du CP du mois d'octobre 2006 : « *apporter un appui méthodologique à ce projet qui vise d'une part à contribuer à la lutte contre la précarité et les exclusions sur le territoire de Belley, et d'autre part à participer au renforcement des bonnes pratiques dans cette localité qui, particulièrement au niveau de la psychiatrie, reste indépendante, voire opposante, aux nouvelles politiques de santé*

¹ « Le passage par l'ADESSA semble incontournable pour monter un dossier recevable par la DDASS. » Extrait du compte-rendu du comité de pilotage du 29 juin 2006.

² Cette manière de faire de la DDASS qui « anime » les projets locaux a été mise en évidence par DONZELOT dans DONZELOT J., (1994), *L'Etat animateur. Essai sur la politique de la ville*, Paris, Editions Esprit.

Comme le souligne également Marcelo OTERO, « l'État cautionne, encourage ou finance de plus en plus certaines initiatives privées, communautaires ou sociales, mais il délègue en « sous-traitance » la responsabilité de gestion concrète de l'intervention. » OTERO M., (2003), *op. cit.*, p. 18.

³ « L'ADESSA [Association Départemental d'Education Sanitaire et Sociale de l'Ain.], association loi 1901 à but non lucratif, a été créée à Bourg-en-Bresse en 1981. D'abord membre du réseau d'Education Pour la Santé, constitué par le Comité Français d'Education pour la Santé (CFES), elle est, depuis la création de l'Institut National de Prévention et d'Education Pour la Santé (INPES), adhérente à la Fédération Nationale des Comités d'Education Pour la Santé (FNES). A ce titre, elle partage les valeurs et l'éthique du réseau des Comités d'Education Pour la Santé et remplit les mêmes missions de promotion de la santé au sein du département de l'Ain. Comme tous les comités départementaux d'éducation pour la santé, elle est le lieu privilégié de rassemblement, de concertation, de coordination et d'action de l'ensemble des partenaires publics et privés concernés par l'éducation pour la santé dans le département de l'Ain, au bénéfice de la population. »

Extrait du site internet <http://ades01.org/> « *Qui sommes nous ?* ».

mentale. »¹ C'est ainsi que le projet accueille Mme AUBIN - chargée de projet et adjointe de direction de l'ADESSA². Cette consultante est jeune, elle vient d'arriver dans le département, et selon ses propos, elle ne « *possède pas encore le savoir-faire [qu'elle estime] adapté au maillage territorial et aux problématiques locales* ». Cette « fraîcheur » résonne également avec le fait que l'ADESSA, comme la DDASS, sont avec l'arrivée du Programme Régional de Santé Publique (PRSP) en plein réajustement et création de normes et de pratiques, et ce pour tout un éventail d'actions et d'orientations qui sont devenus prioritaires³ et qui constituent leurs nouvelles directives en matière d'élaboration de projet « *santé publique prévention* »⁴.

Le projet entre alors dans un processus d'élaboration de directives qui s'inscrivent dans une ligne d'approche commune entre la DDASS et son partenaire méthodologue : la construction d'une morale partagée autour de la notion de « bonnes pratiques ». Si au niveau des méthodologues⁵, cette notion reste encore assez théorique, la mise en œuvre du PRSP n'étant pas encore effective fin 2006, leur mission sera d'anticiper les recommandations du PRSP et de commencer à traduire les normes et valeurs véhiculées par cette morale pour mettre en œuvre un « *projet territorial de santé globale pour les publics vulnérables* ».

Au début du projet, les intervenants de la DDASS laissaient entendre au CP que la forme des engagements institutionnels du projet pouvait varier (ce qui laissait une marge de manœuvre assez grande quant à l'identité des membres du projet, leurs actions, leurs désirs, leurs affiliations politiques, leurs localisations sur le territoire, etc.), mais que cette forme devait être « *participative* ». Or, comme dans tout territoire, les forces politiques interinstitutionnelles ne sont pas simples et, comme le laisse entendre Mme CARRE dans

¹ Extrait du cahier de notes personnelles. Réunion du CP du 12 octobre 2006. Nous rappelons que Mme CARRE est l'ancienne coordinatrice PRAPS du département de l'Ain et à ce titre sa mission s'inscrit dans la continuité des politiques initiées par la loi de 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Elle est également l'interlocutrice privilégiée de Mr TABARY dans ses rapports avec la DDASS de l'AIN.

² Mme AUBIN est experte en ingénierie de réseau de « *santé publique prévention* », diplômée de l'Ecole de Santé Publique de Nancy.

³ Cf. annexes du chapitre 6 - « *Communiqué de presse du 14 décembre 2006* » concernant les nouvelles actions et orientations du PRSP.

⁴ Cette aide aux opérateurs de santé, sous couvert de promotion des « *bonnes pratiques* », n'est en effet qu'un aspect de l'assistance multiforme que peuvent proposer tant la DDASS que l'ADESSA dans la lutte contre l'exclusion dans le département. Les organigrammes respectifs de la DDASS et de l'ADESSA, en annexe donnent à voir la multiplicité des missions de ces deux institutions.

⁵ Nous entendons par méthodologue, les professionnels ayant un savoir-faire méthodologique en conduite de projet, gestion du changement, conduite et animation de réunion, évaluation interne ou externe faisant partie d'une institution venant en appui ou ayant un rôle d'évaluateur par rapport au projet. Il s'agit donc tant des experts en ingénierie des réseaux prévention santé de l'ADESSA, que des coordinateurs, inspecteurs et chargés de mission de la DDASS.

l'extrait de dialogue présenté plus haut, la politique interne des institutions de rattachement des différents acteurs du projet (dans le dialogue il s'agit du CPA) ne relève pas du domaine de compétence de ce CP. En quoi donc la forme « participative », proposée par la DDASS et l'ADESSA, de construction de l'impératif du projet permet-elle d'ajuster les pratiques professionnelles ?

Hasard des coïncidences, lors du dernier CP de la l'année 2006, Mme AUBIN est missionnée par la DDASS alors qu'au même moment Mme PARTSON décide d'annoncer son départ, laissant le CP de ce « *projet santé* » sans aucun représentant d'institution médicale, et qui plus est du CPA.

A cette étape de la construction du projet, l'activité des cliniciens en posture de coordination restants consiste alors à négocier l'impératif du projet avec les méthodologues et les financeurs. L'enjeu ici est la mise en ordre du projet, mise en ordre qui selon les méthodologues doit être à la fois logique et institutionnelle.

Le processus de mise en ordre logique

Lors du CP du 29 juin 2006, et avec l'idée de présenter l'existant, comme nous l'avons vu plus haut, la responsable de la DIPAS proposait de reprendre le « *cadre logique* » du projet DIESE afin de rendre visibles les attentes qu'avaient les protagonistes de ce projet. Il s'agissait là de satisfaire un certain nombre d'acteurs institutionnels du projet DIESE, présents dans le CT, et qui espéraient bien pouvoir faire passer « *leur projet* » dans cette nouvelle mouture. Le cadre logique du projet DIESE était constitué de sept colonnes présentant le « *but* », les « *objectifs généraux* », les « *objectifs spécifiques* », les « *objectifs opérationnels* », les « *actions* », les « *supports* » et les « *moyens* ». En présentant ce cadre logique, la responsable de la DIPAS précisait qu'il fallait supprimer les trois dernières colonnes puisque les modalités pratiques de mise en œuvre étaient à redéfinir entièrement, le projet n'ayant pas reçu de financement. A la lecture du cadre logique du projet DIESE amputé de ses trois dernières colonnes nous comprenons qu'il s'agit là d'établir une sorte de conception linéaire de l'action, action qui est déclinée de gauche à droite en augmentant son degré d'opérationnalisation¹.

¹ Cf. la présence conséquente de verbes d'action et l'augmentation de ces verbes lorsqu'on déplace son regard vers la droite.

BUT	OBJECTIFS GENERAUX	OBJECTIFS SPECIFIQUES	OBJECTIFS OPERATIONNELS
Prise en charge de la « pathologie sociale » : - Au niveau de la santé	Prendre en compte de la santé pour une dynamique d'insertion	Dépister, diagnostiquer, repérer, apporter une réponse, orienter, faciliter la coordination entre tous les acteurs et opérateurs de terrain, informer.	- Ecouter, établir le contact, entrer en confiance, informer, (présentation de la structure), orienter, donner rendez-vous. - Faciliter l'émergence de la parole pour permettre d'établir un diagnostic. - Orienter vers le lieu de vie, vers les partenaires (CPA, CHA, réseau médico-social) - Prendre en compte l'aspect médical de la santé.
- Au niveau social	Tenir à disposition un lieu d'accueil, d'écoute, information, orientation pour tout public en difficulté	Eviter que le public en difficulté ne perde ses repères. Renforcer le lien social. Maintenir les acquis. Travailler sur l'autonomie.	- Travailler sur l'hygiène corporelle. - Créer du lien social. - Apporter une aide administrative sur des documents non médicaux.

Tableau 9 : Cadre logique du projet « DIESE » présenté au Comité de Pilotage le 29 juin 2006.

Ce premier cadre logique a ensuite été retravaillé en CT le 8 novembre avec l'appui méthodologique de Mme AUBIN qui rejoignait le groupe. A la fin de cette réunion, le but, l'objectif général, les deux premiers objectifs spécifiques et leurs objectifs opérationnels ont pu être définis, non sans effort, puisque la difficulté de formulation des objectifs reflétait le travail de traduction effectué par les membres du CT pour passer de leur langage d'acteurs institutionnels, responsables de structure d'accompagnement social ou d'accompagnement socioprofessionnel, à un langage santé publique très spécifique. Par exemple, la formulation de l'objectif général « *faciliter l'insertion socioprofessionnelle par une démarche d'accompagnement adaptée aux besoins du public* », était la troisième mouture issue d'une réflexion où les deux premières étaient : 1- « *Favoriser la démarche de soin pour faciliter l'insertion socioprofessionnelle* » et 2- « *Faciliter l'insertion professionnelle par un accompagnement adapté à la demande du public* ». Dans la première mouture, le mot « *soin* » faisait pour Mme AUBIN sortir le projet du domaine de la prévention dans lequel il devait selon elle s'inscrire. Cette dernière expliquait également aux autres membres du CT qu'un objectif s'écrivait selon la forme : [verbe d'action] [objet de l'action] (par) [moyen de l'action]. Dans la deuxième mouture, l'objet et le moyen de l'action ayant retrouvé « *leur ordre logique au regard du contexte dans lequel s'inscrit ce projet de santé porté par des*

opérateurs sociaux et médico-sociaux »¹, la question de la demande du public a été posée par Mme MARIN ; « *le public précaire n'étant pas spécifiquement en demande, il vaut mieux parler de ses "besoins"* »². Ainsi a donc émergé la troisième mouture³. A la fin de cette réunion et face à l'ampleur de la tâche, le CT a décidé de laisser à l'ADESSA, le rôle de formaliser par écrit ce cadre logique et de proposer au reste du CT, à sa convenance, un troisième objectif spécifique qui complétait ceux travaillés en groupe. L'écriture de ce troisième objectif spécifique a donc été effectuée par Mme AUBIN, seule, entre la réunion du CT du 8 novembre et celle qui l'a suivie le 12 décembre 2006.

La réunion du CT du 12 décembre visait à poursuivre l'élaboration du cadre logique en vue de le présenter au CP du mois de janvier. Devant les difficultés persistantes à traduire la volonté des uns et des autres en des objectifs lisibles par des financeurs « *santé publique* », chaque membre du CT avait programmé de prendre une journée complète de travail, entièrement consacrée à l'élaboration du cadre logique⁴. Au cours de cette réunion, Mme AUBIN, va chercher à tirer le projet du côté de tout ce qui pourrait ressembler à un objectif « *santé publique prévention* », c'est à dire le seul objectif spécifique qui n'a pas été discuté en groupe lors de la précédente réunion, l'objectif spécifique 3. « *De toute manière s'il y a de l'accompagnement derrière, affirme Mme AUBIN, on n'est plus du tout sur de la prévention. La santé au niveau de la DDASS, c'est la santé prévention collective, on n'est pas dans l'accompagnement individuel, ça c'est plus le social.* »⁵ Nous comprenons derrière ce discours que l'ADESSA a accepté d'aider la mise en œuvre d'un projet de santé prévention, inexistant sur le territoire de Belley, et ce alors qu'il existait une volonté locale dans le projet DIESE de lutte contre la précarité à partir d'un dispositif d'accompagnement social individuel vers la santé. Tout en se justifiant par une incompréhension entre la DDASS et l'ADESSA concernant les objectifs du projet et par la reconnaissance de l'ADESSA de son incapacité à accompagner un projet d'action sociale, Mme AUBIN commence alors un véritable plaidoyer en faveur d'une action de santé prévention, plaidoyer qui s'appuie sur la reformulation des objectifs du projet :

¹ Mme AUBIN. Extrait du cahier de notes personnelles. CT du 8 novembre 2006.

² Extrait du cahier de notes personnelles. CT du 8 novembre 2006.

³ Cf. annexes du chapitre 6 - Proposition de cadre logique envoyée par Mme AUBIN au CT le 1 décembre 2006.

⁴ Cette journée a été intégralement enregistrée et retranscrite, ce qui nous a permis d'étudier plus en détail le contenu des propos tenus par chacun des membres du CT, ainsi que leurs interactions.

⁵ Extrait de la réunion du 12 décembre 2006.

« L'ADESSA peut être porteur financier et coordinateur mais uniquement sur le volet santé. Pas sur les spécifiques 1 et 2. Ca c'est pas envisageable parce que ce n'est pas nos missions. Il a d'ailleurs fallu qu'on réexplique cela à la DDASS parce qu'ils nous avaient mis sur le projet et c'était pas bien clair. [...] Il va falloir affiner nos objectifs sachant que ce papier [montrant le cadre logique], c'est vraiment l'exposé du projet global. [...] Sachant qu'à la dernière réunion de travail, on avait balancé toutes les idées en disant voilà comment on pourrait les mettre sur le papier, après c'est vrai que l'ordre, on n'avait pas trop hiérarchisé. [...] J'avoue que l'objectif spécifique n°3, on ne l'avait pas du tout développé donc là c'est vraiment une proposition. C'est une possibilité, il peut y en avoir bien d'autres, sachant que pour l'opérationnel 3.3 il est important de pouvoir préciser le déroulement de ces séances, s'il faut un intervenant, etc., etc. Pour les autres, de toute façon, il va falloir les étayer. [...] Pour les autres objectifs, on n'avait pas vraiment ciblé de financeurs. Je les connais moins bien, je vous rappelle que je suis plus spécialisée santé publique que social. Pour moi, l'objectif 2, ça pourrait être la branche sociale de la DDASS mais je ne connais pas bien. Il faudrait voir avec Mme LECHATEAU qui était présente au dernier comité de pilotage. Est-ce que le 1 peut rentrer dans ce cadre là ou pas, là je ne peux pas m'avancer. Mais pour moi, le comité de pilotage pourra peut-être le déterminer. Elles seront à même de nous dire comment sachant qu'il n'y a peut-être pas que la DDASS comme financeur non plus. Il y a peut-être d'autre partenaire au niveau local. Voilà, vous avez aussi connaissance de possibilités sur le territoire que je ne possède pas. [...] Sur un projet de cette ampleur là, chaque financeur sera attentif à ne pas être justement le seul à mettre la main à la pâte. En général, ils aiment bien le multifinancement pour accompagner un projet qui est quand même assez consistant. [...] alors est-ce que vous êtes d'accord sur l'objectif en lui-même qui est favoriser l'accès aux droits, aux soins et à la prévention. Ou est-ce qu'il faut d'après vous réduire parce que là on s'attache à trois champs différents quand même. [...] la santé au niveau de la DDASS, c'est la santé prévention collective, on n'est pas dans l'accompagnement individuel, ça c'est plus le social. [...] s'il y a de l'accompagnement derrière, on n'est plus du tout sur de la prévention. Même si on sait que quelque part c'est utopique de croire que ceux qui font la prévention peuvent passer le relais à ceux qui font l'accompagnement. [...] je me demande finalement si avec ces objectifs, on ne se situerait pas sur un financement ARH ou SROSS, ils font bien le financement de lieu d'écoute individuelle. »

**Retranscription reprenant les propos de Mme AUBIN,
réunion du CT, 12 décembre 2006.**

Ces différents propos donnent à voir la nature du plaidoyer de Mme AUBIN qui repose principalement sur une volonté de mise en ordre des objectifs du projet afin qu'ils puissent répondre à un cadre institutionnel dans lequel il doit impérativement s'inscrire pour recevoir un ou des financements. En réponse à ce plaidoyer, dans les échanges, se mêlent ce qui est de l'ordre de l'expression de parti pris et de point de vue sur ce qu'il faut faire¹, de revendications sur l'adressage que le groupe voudrait mettre en place², de témoignages sur la

¹ Le verbe « falloir » est en effet régulièrement utilisé par Mme AUBIN, ce qui nous interroge d'une part sur l'instance qui mobilise ce discours (d'où parle t-elle ? à quelle norme se réfère t-elle ?), et d'autre part, sur la manière dont les autres membres du groupe vont intégrer ce « falloir ».

² Mme RELAIS : « ce qu'on veut faire c'est écouter puis orienter en donnant la main. C'est les accompagner pour prendre un RDV et parfois les accompagner aux RDV, on reste à ce niveau. [...] ce qui compte c'est le lien

connaissance d'autres dispositifs ou projets, ce qui relève d'un retour réflexif sur ses propres pratiques de prise en charge ou d'accompagnement dans son institution, et de l'organisation du projet. Progressivement, nous pouvons observer que la question de la nature de l'accompagnement à mettre en œuvre dans ce projet n'est plus tant posée en termes de pourquoi mais plutôt en termes de comment. « Comment on fait ? » « comment il faut faire ? » Le modèle proposé par Mme AUBIN consiste, à partir d'objectifs généraux, à aller vers un ensemble de prescriptions concrètes qui se déclineront dans une future colonne « activités » qui viendra après la colonne « objectifs opérationnels » et qui précédera la colonne « budget ». Avant d'en arriver à cette extrémité du processus de ciblage, le groupe doit préalablement faire des choix en termes d'action, de problématiques traitées et de publics. La difficulté étant qu'il existe des financements possibles pour chacune de ces entrées mais qu'il existe peu de financement pour des dispositifs qui les croisent. Or le territoire de Belley, par sa taille et sa population, est trop petit pour répondre aux différents appels d'offres, il « faut » donc nécessairement regrouper les entrées. Malgré cette contrainte incontournable, « cibler », « fractionner », « faire rentrer dans des cases »¹ deviennent le principal effort cognitif auquel s'exercent les membres du CT :

« Là vous voyez le projet dans une globalité c'est bien, c'est vrai, sauf que ce projet sera nécessairement fractionné. Il va falloir cibler. [...] Je voulais revenir sur le point des publics cibles. Après on reviendra sur les objectifs un par un mais commençons par le public cible. Comment dire... clairement il est trop large, 16-65 ans, ça ne va pas. Soit il faudra cibler objectif par objectif quel public est touché mais on ne peut pas imaginer ne serait-ce que faire des séances de sensibilisation et d'accès aux droits pour quelqu'un qui a 16 ans et pour quelqu'un qui a 65 ans. On ne peut pas les mélanger car nécessairement les attentes et les questionnements seront différents. Alors même si l'intergénéralité c'est bien, il faut être un petit peu plus... [...] c'est rarement apprécié de faire un grand panel. Mais moi, ça me paraît très cohérent que vous choisissiez ce public-là. Le souci, c'est que les appels à projet se font souvent en fonction des catégories d'âge. Et vous, vous faites un appel à projet en fonction d'une caractéristique d'un public [en souffrance psychique et en précarité] et c'est ça la plus grosse difficulté. [...] bien sûr que l'originalité c'est bien, mais là c'est plus une cohérence qui est recherchée. Le souci c'est que derrière, ça doit rentrer dans des cases. Je sais bien, mais je ne peux pas vous faire rentrer un public dans une case 16-25 alors qu'il a 65 ans. C'est ça la grosse difficulté. A la limite, il serait plus cohérent de dire que sur l'année 2007, on va mener des actions sur un public 16-25 et qu'on va en parallèle faire une plaquette qui regroupe les lieux pour tous publics. Il ne faut pas oublier non plus que c'est un appel à projet sur un an seulement pour les financeurs. [...] Pour contourner ce problème, il y a deux possibilités, soit on ne le contourne pas et on dit que pour 2007 on expérimente sur un seul public avec le risque que vous évoquiez, qu'il n'y ait pas assez de ce public là sur le territoire, soit c'est de dire, il y a quand même la case « indifférent » dans les appels à projet, c'est à

entre les professionnels, il faut que la personne soit accompagnée dans ces RDV là. Aujourd'hui, les AS orientent mais n'ont pas le temps de prendre la main. »

¹ Extrait du cahier de notes personnelles. Propos de Mme AUBIN, Comité Technique du 12 décembre 2006.

dire que c'est indifférent sur n'importe quel public. Mais en général c'est moins apprécié. Sauf qu'on a toujours la possibilité de justifier pourquoi on coche ça. Mais c'est quand même à risque et péril. [...] Les cases, c'est les cases, je suis désolée. [...] Ce qui me fait sourire, c'est que le jour du comité, ils vont peut-être vous dire que ça c'est quelque chose que vous pouvez faire sur plus large. »

**Retranscription reprenant les propos de Mme AUBIN,
réunion du CT, 12 décembre 2006.**

Il s'agit pour la méthodologue d'assurer une cohérence au système complexe que formule le rappel de l'existant. La logique de Mme AUBIN permet d'assurer cette cohérence mais celle-ci ne sert pas à grand chose si elle n'est pas étayée par la cohésion des protagonistes du projet. Mme AUBIN laisse donc parfois dans ses propos une certaine part d'incertitude quant à la logique dans laquelle s'inscrivent les décideurs/financeurs. Si ce type de cadre logique laisse à penser que ces derniers se situent dans une logique binaire qui s'exprime en termes de conformité/non-conformité, en revanche, l'incertitude que Mme AUBIN laisse entendre dans la dernière phrase de l'extrait ci-dessus, permet de penser qu'ils se situent peut-être dans une logique de graduation, plus compréhensive, une logique floue qui suppose la proximité des pratiques des méthodologues avec celles des membres du CT. La posture de Mme AUBIN est délicate. Elle joue en quelque sorte le rôle d'un rhéostat qui fait varier l'intensité normative de la mise en ordre logique en l'adaptant de façon aussi continue que possible aux données opérationnalisables qu'elle reçoit d'une part des autres membres du CT et d'autre part des inspecteurs et coordinateurs de la DDASS et du PRSP.

Nous voyons bien comment ici les cliniciens en posture de coordination sont progressivement invités à adhérer au modèle proposé par le méthodologue et ce d'autant plus facilement que chacun est sollicité pour contribuer à l'élaboration de cette mise en ordre.

« Alors allez-y, lâchez, non mais allez-y, moi j'attends que ça, lâchez les choses on verra après. Les mots on les retrouvera de toute façon. Lâchez les idées. [...] Si je vous pose ces questions là, c'est pas pour que vous vous justifiiez, c'est pour être sûr de ce qu'on va dire au CP. »

**Retranscription reprenant les propos de Mme AUBIN,
réunion du CT, 12 décembre 2006.**

Les membres du CT jouent quant à eux un rôle de variateur, ou d'ajusteur, qui contribue à la stabilité du projet en dépit, ou peut-être en raison si on se place du point de vue de la méthodologue, de sa complexité. A la fin de cette journée de travail sur le cadre logique, et après avoir accepté de « *fractionner le projet* », d'« *affiner les objectifs* », et de « *cibler les publics* », le projet toiletté a été confié une nouvelle fois à Mme AUBIN. Quelques semaines

plus tard, le cadre logique intégrait tout un ensemble d'« indicateurs d'évaluation » en même temps que disparaissaient les deux objectifs concernant l'« écoute individuelle » et la « création d'un lien social ».

Objectif général	Objectifs spécifiques	Objectifs opérationnels	Modalités et calendrier prévisionnel	Publics cibles	Indicateurs d'évaluation
Faciliter l'insertion socioprofessionnelle par une démarche d'accompagnement adaptée aux besoins du public.	Spécifique 1 : Favoriser l'accès aux droits, aux soins et à la prévention	Opérationnel 1.1 : Création d'une plaquette regroupant les lieux ressources du secteur	- dernier semestre 2007 Création d'une plaquette à l'aide d'un graphiste pour sa mise en forme et des membres du comité de pilotage pour le recensement des acteurs	Le public cible pour ce projet concerne les personnes âgées de 16 à 55 ans en situation d'insertion ou en emplois précaires domiciliées dans la Circonscription de Belley et le canton d'Hauteville soit 6 cantons au total.	Indicateurs quantitatifs : - nombre de plaquettes diffusées - nombre de séances d'information d'accès aux droits - nombre de participants aux séances d'information d'accès aux droits - nombre de séances de sensibilisation sur des thèmes santé - nombre de participants aux séances de sensibilisation sur des thèmes santé - nombre de séances de sensibilisation pour les professionnels - nombre de participants aux séances de sensibilisation pour les professionnels
	Spécifique 2 : Sensibiliser les professionnels en contact avec le public sur l'accompagnement santé.	Opérationnel 1.2 : Diffusion de la plaquette dans les structures en contacts avec le public cible (CMS, Mission Locale, Centres sociaux, Foyers, ANPE, Avenir, Diapason, Brigade verte...) Opérationnel 1.3 : Organisation de 2 séances de sensibilisation et d'information sur l'accès aux droits Opérationnel 1.4 : Organisation de 2 séances de sensibilisation sur des thématiques de santé publique repérées comme prioritaires (nutrition, alcool, sexualité, sommeil...)	- premier trimestre 2008 Impression et diffusion de 2 500 exemplaires de la plaquette - dernier semestre 2007 Animation de ces deux séances par la CPAM et la MSA et organisation par un groupe de travail réunissant les différents partenaires du territoire - dernier semestre 2007 Organisées par les membres du comité de pilotage avec des intervenants extérieurs spécialistes de la thématique (ANPAA, Le Pélican, BPDJ, ADESSA...). Ces séances seront réalisées sous forme d'échanges débat entre le ou les professionnels et le public (20 personnes par séance)	Concernant les objectifs opérationnels 1.3 et 1.4, le public cible sera seulement les 25-55 ans puisque les plus jeunes peuvent déjà être bénéficiaires de ce type d'action dans le cadre de la mission locale. 2 groupes de 12 professionnels sur 2 journées.	Indicateurs qualitatifs : - satisfaction de la plaquette auprès des professionnels - satisfaction de la plaquette auprès du public - satisfaction des participants aux séances d'information d'accès aux droits - taux d'expression libre des participants aux séances d'information d'accès aux droits - satisfaction des participants aux séances de sensibilisation sur des thèmes santé - taux d'expression libre des participants de sensibilisation sur des thèmes santé - satisfaction des professionnels aux séances de sensibilisation - satisfaction des intervenants extérieurs lors des séances de sensibilisation, d'information auprès du public et des professionnels. L'évaluation finale et globale sera réalisée fin mars 2008.

Tableau 10 : Proposition de cadre logique envoyée par Mme AUBIN au CT le 9 janvier 2007.

L'application de principes directeurs énoncés par la méthodologie en termes de méthodologie suppose l'institution d'un cadre explicite qui permet de les légitimer à travers des directives, des règlements, une loi ou un modèle, c'est ce que nous proposons d'appeler le processus de mise en ordre institutionnel.

Le processus de mise en ordre institutionnel

Pour valider l'opérationnalisation des actions de prévention adaptées à la problématique soulevée par le rappel de l'existant et le brainstorming, Mme AUBIN poursuit son plaidoyer en insistant sur la nécessité d'inscrire ce projet dans une logique institutionnelle et programmatique spécifique. Nous assistons, lors de la réunion du 12 décembre 2006, à un second discours où est donnée à voir une sorte d'organigramme fonctionnaliste dans lequel pourrait s'insérer le projet, ou tout du moins certains de ses objectifs.

« Etant donné que c'est un projet qui va nécessairement faire appel à plusieurs financeurs, puisqu'il n'y en a aucun qui va pouvoir financer les trois objectifs spécifiques en même temps, il va falloir nécessairement fractionner ce projet sur des appels à projet spécifique. Je m'explique clairement, ce n'est pas les mêmes personnes, notamment au niveau des services de l'Etat, qui vont pouvoir financer les groupes individuels ou qui vont financer l'accès au droit. [...] Au niveau des dernières données qu'on ait reçues [...] L'appel à projet va être nouveau cette année. Je vous rappelle que cette année, il va y avoir la mise en place du PRSP, le Programme Régional de Santé Publique et que c'est le GRSP, le Groupement Régional de Santé Publique qui va finalement représenter la masse des financeurs et des décideurs, à savoir l'Etat via la DRASS/DDASS, l'URCAM/CPAM et peut-être même le Conseil Régional. Ils ne se sont pas encore décidés, ils vont se décider le 14 décembre. Suite à cette réunion du 14 décembre, ils vont véritablement lancer l'appel à projet et donc là, logiquement on devrait avoir un document écrit. Je n'ai pas pu le faire [élaborer le cadre logique] sur l'appel à projet 2007 étant donné qu'on n'a pas encore les papiers. Au niveau de la date de dépôt, concernant le PRSP, ça sera normalement pour le 26 février 2007, au plus tard. Et ça apparemment, ça sera incompressible étant donné que le GRSP se réunit là le 14 décembre et qu'après il se réunira début mars. Donc c'est vraiment lui qui va arrêter les choses donc ça risque d'être incompressible. Voilà donc en gros les délais que l'on peut avoir. [...] C'est cette réunion qui va déterminer le projet et le cadre action du projet. Le GRSP, c'est l'instance décisionnaire et financière c'est la DRASS, le préfet, le rectorat, l'ARH, l'URCAM, les CG peuvent s'insérer que s'ils le souhaitent. La conférence régionale de santé c'était le 28 novembre dernier, c'est différent. [...] Sur le document, il faudra qu'on refasse une trame, en refaisant le contexte, il faut toujours le présenter sous forme d'entonnoir, en partant du niveau national, puis le niveau régional pour arriver au niveau local. Le but, c'est de dire aussi qui ce projet regroupe, d'où il est parti, etc. On va repartir des comptes-rendus et il faudrait insérer les données qu'on a sur le public. Il faut ménager tout le monde et que dans le contexte tous les partenaires soient énoncés et montrer comment ils sont impliqués. [...] On est dans l'attente de fiches actions qui vont spécifier des orientations très précises pour 2007. Etant donné que le GRSP se réunit le 14 décembre, normalement on aura ces fiches actions après. Il y aura peut-être un travail à refaire si vraiment on se rend compte que ce qu'on a fixé ne va pas. Mais je ne pense pas que l'on soit vraiment hors des clous, faut pas exagérer non plus, mais il peut y

avoir un point de détail qui ne colle pas et qui peut mettre à mal le projet. Donc dans ce cas là, autant le retravailler avant. Mais je pense que normalement on sera dans les clous pour cet appel à projet pour l'objectif spécifique 3. »

Retranscription reprenant les propos de Mme AUBIN
réunion du CT, 12 décembre 2006.

Ce discours est intéressant dans la mesure où il permet de dégager la fonction particulière que doit exécuter chaque unité du schéma d'organisation qu'il présente. Il nous permet de situer qui travaille avec qui, quelle est la fonction de tel regroupement ou de telle conférence, autant d'indications permettant de donner à voir comment le projet peut se maintenir et s'harmoniser avec un ensemble qui l'incorpore. Cependant, devant la complexité des éléments rapportés dans ce discours, les membres du CT restent perplexes. La responsable de la DIPAS propose alors d'étudier, pendant la réunion, un document intitulé « *Santé territoire. Pour un projet Territorial de Santé Globale* », document qui avait été diffusé au sein du CT lors de la réunion du 25 juillet 2006. Ce document présente un guide¹ publié par l'Association Hospitalière de Bretagne (AHB) en partenariat avec le pays Centre Ouest Bretagne et avec le soutien ETD (Entreprises Territoires et Développement), un partenariat qui fait figure de modèle pour la responsable de la DIPAS. Nous pouvons retrouver dans ce guide le « *schéma d'organisation de la santé en France* »², ressource qui permettra aux autres membres du CT de mieux comprendre où Mme AUBIN situe le projet.

A la lecture de ce schéma, les membres du CT se situeront au niveau local dans la case « *Opérateurs de soin et de la prévention* » tout en étant insatisfaits de ce positionnement :

« Il ne faut pas être un grand psychologue pour voir que les opérateurs se situent en dehors du cadre qui entoure tous les autres niveaux du schéma. Et nous, on n'est ni des opérateurs du soin, ni de la prévention, si ? Ah, oui de la prévention, si on veut recevoir des financements c'est ça ? C'est un truc de dingue, et vous nous dites que la

¹ Ce guide vise à expliquer « comment faire de la santé l'affaire de tous et non l'apanage des professionnels de santé ? [...] La mobilisation conjointe de l'AHB et du pays a permis l'élaboration d'un projet de santé global intégré à la stratégie de développement territorial du pays. Il s'agit pour le territoire de mobiliser aux côtés des professionnels sanitaires et médico-sociaux tous les acteurs dont les actions ou les politiques ont un impact en matière de santé. Les responsables du Centre Ouest Bretagne construisent avec tous leurs partenaires une approche globale de la santé pour favoriser une qualité de vie et de soins sur le territoire qui renforce l'attractivité du pays. Le guide « Santé et territoires » est composé d'un ouvrage et de fiches d'exemples. Après avoir défini les conditions nécessaires pour faire émerger et mettre en œuvre un projet territorial de santé globale, il montre comment l'information et la formation contribuent à rompre le cloisonnement entre les différents acteurs et créer une culture collective de la santé. » Extrait de la lettre d'introduction du guide datée du 30 juin et à destination de Mme BONPAYS, chargée de mission à l'Association du Pays d'Accueil du Bugey et membre du CP.

² Cf. annexes du chapitre 6.

prévention c'est pas de l'accompagnement, comment on fait alors puisque c'est ça qu'il nous faut ?»

**Retranscription, propos tenus par Mme BELLECOUR
réunion du CT, 12 décembre 2006.**

Mme AUBIN entre alors dans une série d'explications qui visent à caractériser les différences entre opérateur de soin, opérateur de prévention et opérateur de santé, les deux derniers correspondant, selon elle, au cadre du projet. Pour répondre à l'insatisfaction de certains membres du CT concernant la tournure que prend le cadre logique, elle écrira dans la dernière mouture du projet daté du 9 janvier 2007, qu'il s'agit de « *développer un projet de promotion de la santé au sein du territoire du Bugey* » et que « *ce projet s'inscrit dans une démarche globale et s'insère dans un projet plus large comprenant un volet social et d'autres objectifs à développer à plus long terme.* »

Face aux divisions qui règnent dans le CT concernant les objectifs de ce projet de prévention qui s'éloignent de plus en plus de l'accueil et de l'accompagnement direct souhaités initialement, le projet « *SPEL santé publics en difficulté* » se scinde alors en deux volets : un « *volet santé prévention* », un « *volet santé social* ». Les membres du CT se retrouvent ainsi contraints de reprendre la mise en ordre institutionnel du schéma d'organisation de la santé en France pour trouver un financeur. A partir de ce moment, fin janvier 2007, ils s'adresseront soit au pôle « *protection sanitaire des populations (service : profession de santé et actions de santé publique)* » où travaillent Mmes CARRE et LECHEF, soit au pôle « *cohésion sociale (service : logement, hébergement et droits des personnes)* » où travaillent Mmes MASSON et LECHATEAU.

Au printemps 2007, le projet santé prévention reçoit un financement de 18 000 euros du Programme Régional de Santé Publique. Cette somme, reversée entièrement à l'ADESSA, permettra de financer la réalisation de l'intégralité des objectifs opérationnels tels qu'ils sont décrits dans le cadre logique du projet. Au cours de l'année 2007, différentes réunions du CT ont lieu pour poursuivre l'élaboration du projet santé social.

Selon un schéma similaire au projet santé prévention, un cadre logique est élaboré, ainsi que des indicateurs d'évaluation. Différentes rencontres avec de potentiels financeurs se déroulent (DDASS, mairie de Belley) et une fiche de poste pour un « médiateur médico-psycho-social »

est rédigée. Au printemps 2008, ce projet santé social n'a toujours pas trouvé financeur, les élections nationales et municipales ayant relancé les cartes institutionnelles.

La critique des référents du CSMP concernant les tentatives de régulation des conduites via le montage de projet

Note méthodologique sur ma posture de recherche

Au cours de ces deux années passées au côté des membres du CT de ce projet, j'ai pu constater à quel point la logique des cliniciens en posture de coordination se heurtait à tous niveaux à la logique des méthodologues. Pour ces derniers, tout se passe comme s'il fallait rentrer à tout prix dans ces différentes mises en ordre logique et institutionnel, et qu'il y avait là quelque chose à y gagner. Pour les cliniciens en posture de coordination, le problème est de savoir « comment faire comprendre que toutes les situations ne sont pas équivalentes, que certaines fonctionnent « à la règle », et que d'autres fonctionnent « à la personnalisation » ? »¹ Comment faire tenir dans un même projet les deux bouts de la régulation des conduites et des relations, celui de la norme morale ou celui de la norme psychologique, l'impératif ou l'individualisation ?² Comment élaborer un projet qui s'ajuste au territoire du parcours des personnes et pas seulement au territoire du projet de santé publique ?

Avant de poursuivre mes investigations du côté de l'activation des pratiques cliniques, j'ai souhaité reprendre quelques observations des critiques adressées à ce projet par les référents du CSMP. Ces critiques concernent d'une part l'analyse des besoins et, d'autre part, le cadre logique qui ont été effectués au cours de l'élaboration de ce projet.

Les référents du CSMP ont suivi ce projet à distance à travers trois regards : (1) à travers le regard d'une des leurs pendant les premiers mois du projet, (2) à travers le regard de Mr TABARY présent à certaines réunions et (3) à travers mon regard en tant qu'observateur impliqué de toutes les réunions. Ces critiques ont été recueillies lors des réunions plénières et de bureau entre 2006 et 2007. Il est intéressant de noter qu'elles rejoignent celles de toute une frange de sociologues critiques (essentiellement québécois) de la normativité sociale (libérale) que véhiculent les dispositifs de santé contemporains. C'est la raison pour laquelle j'ai intégré dans l'exposition des critiques des référents du CSMP, celle des sociologues critiques. C'est cependant moi qui fait le lien, et ce faisant, je donne bien à voir la manière dont je suis pris subjectivement ici dans la critique des référents que je contribue à étayer. Les cliniciens critiques poussent l'ethnographe qui les observe (en s'impliquant auprès d'eux) vers une sociologie critique puisque celle-ci a pour objet les conditions sociales de régulation et de domination des individus, conditions qui sont pour ces cliniciens à l'origine des souffrances, à la fois, qu'ils écoutent et accompagnent, mais aussi qu'ils ressentent eux-mêmes régulièrement dans leur travail. Là encore, un moyen de sortir de ma mise en posture critique a été pour moi d'en faire un objet d'analyse au même titre que la critique des cliniciens.

Lors de l'analyse des besoins des publics en difficulté, c'est un brainstorming réunissant les professionnels se situant dans l'impasse de la prise en charge qui a été organisé. Un des

¹ De SINGLY F., (2003), *op. cit.*, p. 150.

² *Ibid*, p. 157.

constats fait par ces professionnels était de dire « *face à la non demande, comment fait-on pour agir ?* »¹. La réponse des méthodologues consiste, par l'intermédiaire d'un projet de prévention, à tenter de prévenir les risques, sans réellement se soucier de la problématique que pose la non-demande, l'autoexclusion, la souffrance psychique, etc., autant de maux qui ne sont plus à prévenir parce que déjà là. Face à cette réponse, les référents du CSMP s'interrogent alors : « *à quels besoins cherche t-on à répondre ?* »²

Nous avons vu en effet que, pour ces cliniciens, le processus de précarisation rend difficile et sujet à caution l'identification de la situation et des besoins par la personne elle-même, puisqu'elle affecte précisément l'état mental de la personne. La critique porte alors, comme le constate également Dominique GAUCHER à partir de son analyse des interventions en santé mentale dans le contexte québécois, sur « cette mise en doute, pourrait-on dire, de la crédibilité du malade, [qui ouvrirait] en fait la porte à des discours sur ses besoins qui sont le propre d'autres personnes que le malade lui-même, et qui font l'objet d'une lutte pour avoir le dernier mot dans la définition du problème. Le besoin devient alors un enjeu statique qui échappe au principal intéressé. »³

De plus, nous pouvons observer que, dans ce projet, les cliniciens en posture de coordination ne tombent pas non plus aisément d'accord sur le choix de la meilleure compréhension du problème. Cela est compréhensible dans la mesure où des pans entiers du savoir sur la précarité ne font pas l'unanimité. Par exemple, la question de la définition des « *publics en difficulté* » qui renvoie à une réflexion autour de termes tels que « précarité » ou « souffrance psychique » est loin d'être résolue. Les besoins thérapeutiques, d'accueil ou d'accompagnement, restent ainsi en discussion, et doivent le rester pour les référents du CSMP puisque le savoir sur les besoins sociaux dépend de besoins, variables d'un individu à l'autre. Là encore pour les référents, cette idée s'oppose à la manière dont les méthodologues « lissent » en quelque sorte les besoins des personnes en utilisant des catégories de publics larges et peu discriminantes. Ils rejoignent en quelque sorte Dominique GAUCHER qui constate également, dans un tout autre contexte, au Québec, que la distinction entre ces deux types de besoins « a tendance à entraîner à l'heure actuelle un clivage dans l'intervention qui fait que l'on centre et organise celle-ci soit sur les uns, soit sur les autres, créant des filières

¹ Extrait du cahier de notes personnelles. Réunion « Brainstorming » du 22 septembre 2006.

² Extrait du cahier de notes personnelles. Réunion bureau du CSMP du 8 décembre 2006.

³ GAUCHER D., « Au-delà des murs. Organiser l'intervention autour du cheminement des personnes », *Santé Mentale du Québec*, XII, 2, 1987, p. 130.

étanches et désynchronisées d'intervention. »¹ La critique des référents du CSMP porte alors sur le fait que ce ne sont pas les institutions qui s'adaptent aux « besoins » des sujets au sens où on assisterait à un « accroissement des flexibilités des organisations contre l'accroissement des flexibilités des individus »². Bien au contraire, les cliniciens, comme les personnes en situation de précarité, devraient s'adapter aux nouvelles exigences des organisations, qui réclament moins de « rigidité » et plus de « flexibilité » de leur part, tout en imposant quant à elles des cadres logiques dénués de cette flexibilité. Le fait que la plupart des projets de prévention affirment s'adapter aux « besoins » des personnes plutôt que de leur imposer des modèles de normalité de fonctionnement standardisés ne signifie pas qu'on respecte leur soi-disant autonomie. Pour les référents du CSMP, ce qui est appelé « besoins des personnes » dans ce projet c'est souvent moins les « leurs » que ceux de la régulation de leur conduite. C'est-à-dire l'ensemble des règles qui leur permet de fonctionner de façon « adaptée » (c'est-à-dire normale) dans les environnements où ils évoluent³, ce avec quoi ils ne sont que partiellement d'accord comme nous le verrons dans le chapitre 7 (cf. distinction entre la posture d'adaptation – à une norme, et celle d'ajustement – à un individu).

Pour les référents, cette tentative de régulation des conduites se retrouve également dans l'évolution du cadre logique du projet santé prévention, tel qui s'est dessiné au fil de ces trois années. Selon eux, on peut en effet observer que l'individu disparaît progressivement en tant que sujet de l'intervention. Cette critique rejoint celle de Robert CASTEL qui postule que les individus concrets sont progressivement décomposés selon tel ou tel objectif « défini dans le cadre d'une programmation administrative et recomposés en flux abstraits de populations »⁴. Il « faut » absolument que les individus entrent dans les cases des appels à projet du PRSP mais « *comment les faire entrer dans ces cases* » s'interrogent en permanence les cliniciens ?

Alors que pour les référents du CSMP, il s'agit de chercher à intervenir directement auprès du public, pour les méthodologues, il « faut » plutôt prévenir les risques (d'intervention). Le problème pour les référents du CSMP c'est que, comme le souligne Robert CASTEL, « le paradigme commandant la pratique [le falloir] est toujours un objectivisme qui se justifie au nom de l'efficacité : disposer d'un ensemble mobilisable d'informations fiables afin de

¹ *Ibid*, p. 130.

² OTERO M., (2003), *op. cit.*, p. 57.

³ *Ibid*.

⁴ CASTEL R., (1981), *op. cit.*, p. 201-202.

modifier une situation définie à partir d'éléments que l'on peut instrumentaliser. Qu'une telle représentation fonctionne le plus souvent comme mythe, ou si l'on préfère comme idée régulatrice, n'enlève rien à sa prégnance. L'idéal consiste ici à se rapprocher, autant que faire se peut, d'un modèle d'humanité comme espèce, série, système *input-output*, etc., qui permette de constituer des protocoles précis d'intervention dont les effets seraient eux-mêmes mesurables. Même si on ne prétend plus comme au XIXe siècle que tout ce qui ne tombe pas sous le scalpel ou n'entre pas dans la machine n'a pas d'existence, ces dimensions se trouvent de fait sacrifiées en tant qu'elles ne se prêtent pas à des procédures de validation scientifique. »¹ Ainsi, pour les référents, le cadre logique de ce projet donne à voir une sorte de programme de protocoles d'intervention affranchis de toute référence au sujet concret : « détermination des facteurs de risque par exemple, qui permet de planifier à l'avance des opérations concertées sur tel ou tel flux de population, et qui ne sont à l'évidence pas du ressort du technicien lui-même. »²

Ces critiques de l'analyse des besoins et du cadre logique n'en sont en réalité qu'une seule : celle de l'impératif gestionnaire, tel que nous l'avons déjà évoqué dans le chapitre 2.1.2. Après avoir étudié comment le cadre de l'activité clinique tentait d'être activé par cet impératif du projet, voyons maintenant comment les pratiques cliniques sont elles-mêmes mobilisées autour de cet impératif.

2. L'activation des pratiques cliniques : l'exemple de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles

L'activité de montage de projet du clinicien en posture de coordination entraîne, malgré lui, l'activation de la mise en œuvre des « bonnes pratiques » au sein des institutions sanitaires et sociales, « bonnes pratiques » qui lui sont généralement insufflées par ceux que nous avons appelé les méthodologues dans la monographie précédente. En concevant un projet, en apprenant à gérer un réseau, les cliniciens intègrent tout un système normatif de savoirs, qui cadre et ordonne leurs pratiques aux niveaux logiques et institutionnels, et qui leur permet d'avoir un discours sur ce qui est bien ou mal, recommandé ou rejeté, encouragé ou découragé, dans le montage de projet. Notre hypothèse consiste à penser qu'ils intègrent une

¹ *Ibid.*

² *Ibid.*, p. 206.

certaine manière de cibler le public, de caractériser la forme de sa prise en charge, et où l'individu est saisi comme une ressource « invité[e] à se laisser guider librement selon une démarche à suivre imposée. »¹. Le « projet » est donc un peu comme l'arbre qui cache la forêt de la mise en œuvre des « bonnes pratiques », « bonnes pratiques » que le professionnel de la « cité par projets » pourra ensuite transférer dans la relation d'aide pour *activer* le projet de l'individu². Afin de poursuivre notre compréhension des multiples enjeux du processus de normalisation et d'activation des pratiques cliniques via la logique de la cité par projet, nous allons étudier une seconde activité des référents du CSMP, activité pleinement encadrée par les nouveaux instruments de régulation des établissements hospitaliers spécialisés : l'Évaluation des Pratiques Professionnelles, plus généralement connue sous le sigle « EPP »³. Après l'activation des formes organisationnelles de l'activité clinique, c'est la pratique clinique, elle-même, qui va se trouver à son tour concernée.

« Accréditation » et « certification » des établissements de santé : vers une standardisation de la clinique ?

L'Évaluation des Pratiques Professionnelles entre dans le cadre d'un processus d'autoévaluation des cliniciens qui est coordonné par le service qualité du Centre Psychothérapique de l'Ain. S'autoévaluer consiste à construire un argumentaire permettant d'apporter les preuves que l'on s'inscrit dans une démarche de progression par soi-même et à partir de soi-même. Ce processus fait lui-même l'objet d'une autoévaluation par ce service afin de répondre à la démarche d'« *accréditation* » mise en place en France dans les établissements de santé depuis 1999. Comme le souligne Mr TABARY, l'accréditation est donc une sorte d'« *évaluation au carré (évaluation²)* » ou « *l'évaluation d'une évaluation* »⁴.

La mise en œuvre de ces démarches est concomitante aux changements des politiques de santé françaises depuis une petite vingtaine d'années et qui se caractérisent notamment par l'introduction de nouvelles formes d'instruments d'évaluation et d'action.

¹ De GAULEJAC V., (2005), *op. cit.*, p. 68.

² Comme nous avons pu le voir dans le chapitre 3.III. *Les récits des interventions cliniques concernant Emilio : le chemin d'épreuves des intervenants.*

³ Cette étude s'appuie sur une posture d'observateur impliqué en tant que membre du groupe de travail du CSMP chargé de réaliser l'EPP sur lui-même. Dans cette posture, il s'agit pour nous d'étudier les réflexions concernant l'EPP au sein du CSMP, les représentations et les stratégies des membres du CSMP, et d'observer si cette évaluation entraîne un changement de pratique ou non. Notre enquête est essentiellement constituée à partir de l'analyse de données recueillies lors des réunions du groupe de travail « EPP » du CSMP et également à partir d'entretiens avec la responsable du service qualité du CPA.

⁴ Extrait du cahier de notes personnelles. Réunion plénière du CSMP, 28 avril 2006.

Parmi ces instruments, on retrouve : les outils d'évaluation médico-économique, comme le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) ; les nouveaux dispositifs juridiques et administratifs tels que les outils de planification (contrats d'objectifs, Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire) à travers l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) ; les outils orientés vers la production et l'application de normes et qui ont l'ambition de créer des dynamiques d'apprentissage, comme l'accréditation.

Note sur l'histoire et les principes de l'accréditation puis de la certification des établissements de santé français

Introduite au sein du système de santé français par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant sur la réforme hospitalière et précisée par le décret n° 97-311 de 7 avril 1997, la première procédure d'accréditation (appelée « V1 ») des établissements de santé avait pour objectif de porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels¹ portant sur des procédures², des bonnes pratiques cliniques et des résultats de différents services et activités de l'établissement. Elle concernait tous les établissements de santé publics et privés, les groupements de coopération sanitaire et les réseaux de soins. Elle s'inspirait d'expériences menées depuis plusieurs décennies dans les pays anglo-saxons et dans l'industrie, et qui prônaient, « d'une part, une démarche professionnelle de promotion de l'amélioration continue de la qualité fondée sur un référentiel de métier et sur une évaluation externe par les pairs et, d'autre part, l'appréciation du niveau de qualité atteint dans un contexte de renforcement de l'obligation de rendre compte au public de la qualité des services rendus. »³ Cette procédure visait à : « s'assurer de la qualité et de la sécurité des soins donnés au patient ; apprécier la dynamique des démarches d'évaluation et d'amélioration mises en œuvre ; impliquer les professionnels dans ces démarches ; valoriser les actions d'évaluation et d'amélioration ; renforcer la confiance du public par la communication des résultats ; formuler des recommandations explicites aux établissements. »⁴

Le développement de l'accréditation était alors confié à l'ANAES⁵ qui, à travers son manuel d'accréditation, proposait des « référentiels » qui fixaient le cadre de l'évaluation des pratiques et du fonctionnement des établissements. Nous pouvons observer dans ce manuel que ce sont principalement les procédures qui étaient visées par les références, même si l'Ordonnance de 1996 soulignait que les « bonnes pratiques cliniques » et « les résultats des différents services et activités de l'établissement » étaient eux aussi concernés. C'étaient donc les conditions de la clinique plus que l'activité des cliniciens elle-même ou ses résultats qui constituaient l'objet de

¹ « Référentiel : ensemble d'exigences qualité écrites, utilisées dans le cadre d'une démarche d'évaluation. Un référentiel est établi à partir de textes réglementaires, de recommandations de bonne pratique. » Extrait du glossaire du Manuel d'accréditation des établissements de santé deuxième procédure d'accréditation, septembre 2004.

² « Procédure : manière spécifiée d'effectuer une activité ou un processus (ISO 9000:2000). », *Idem*.

³ Extrait du Manuel d'accréditation des établissements de santé deuxième procédure d'accréditation, septembre 2004, p. 8.

⁴ *Idem*.

⁵ ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

l'accréditation, même s'il existait déjà en germe l'idée de passer à une logique de qualité sous-tendue par une logique d'activation des professionnels.

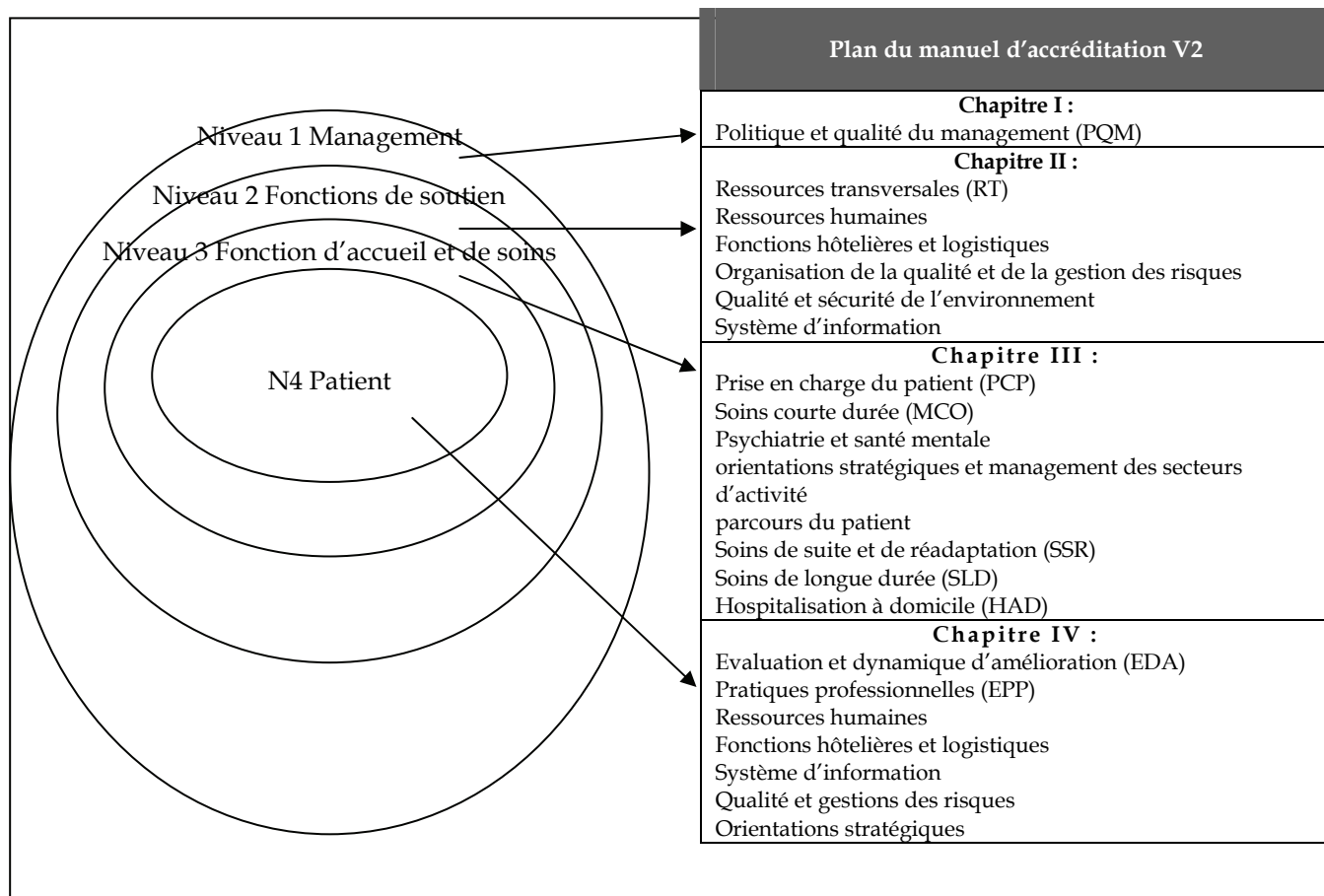
La seconde procédure d'accréditation (appelé « V2 » ou « certification »), inscrite dans la dynamique voulue par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, fait en revanche de la qualité un des outils majeurs de la régulation du système de santé, notamment à travers l'analyse de l'activité des cliniciens. Il s'agit ici de « disposer d'une information plus discriminante de la qualité des prestations des soins délivrés par les établissements de santé »¹. Avec cette nouvelle loi, l'ANAES laisse la place à une nouvelle institution qui prendra le nom de Haute Autorité de Santé (HAS) et dont la mission est de contribuer au maintien d'un système de santé solidaire et au renforcement de la qualité des soins, au bénéfice des patients².

Sans rentrer plus en détail sur les principes de la première accréditation, les premiers rapports d'évaluation de la V1 indiquent, entre autres, que les soins délivrés aux patients hospitalisés reposent sur une organisation complexe comportant de nombreux processus et en interrelation, avec des métiers multiples et en évolution permanente. A partir du constat de cette complexité organisationnelle et d'une multiplicité de pratiques hétérogènes dont la qualité est difficile à appréhender (avec en sus un écart défavorable entre l'état du savoir médical et la réalité des pratiques), les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) trouvent ainsi leur source. L'EPP vient alors mettre en évidence une tension entre d'un côté une demande de standardisation de la clinique via les bonnes pratiques, et, de l'autre, le caractère complexe car nécessairement « protéiforme » de la clinique.

¹ Manuel d'accréditation des établissements de santé deuxième procédure d'accréditation, septembre 2004, p. 6.

² La HAS est chargée plus spécifiquement : d'évaluer scientifiquement l'intérêt médical des médicaments, des dispositifs médicaux et des actes professionnels et de proposer ou non leur remboursement par l'assurance maladie ; de promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels de santé et des usagers de santé ; d'améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé et en médecine de ville ; de veiller à la qualité de l'information médicale diffusée ; d'informer les professionnels de santé et le grand public et d'améliorer la qualité de l'information médicale ; de développer la concertation et la collaboration avec les acteurs du système de santé en France et à l'étranger. Extraits du site internet de la HAS, <http://www.has-sante.fr>

Le patient au centre du processus d'activation du clinicien



Situation de l'EPP dans l'économie générale du manuel d'accréditation V2¹.

C'est ainsi que l'EPP est devenue un des dispositifs clefs de la démarche de certification, au même titre que la gestion des risques, également fortement inscrite dans le quatrième chapitre de la V2 (cf. schéma ci-dessus). En théorie, il s'agit de mieux cibler les pratiques et de donner un contenu plus clinique qu'organisationnel à la démarche d'accréditation.

« Celle-ci est [la V2], d'une manière générale, très centrée sur les pratiques et ce, indépendamment de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) dans laquelle le CPA s'engage parallèlement. »

Dr F.CLEMENTIN, médecin qualité, (2006),
« Accréditation, la V2 est engagée », Missions Le journal du CPA, n°14, nov., p. 12-14.

Le schéma ci-dessus présente la structuration du nouveau manuel d'accréditation, schéma qui doit correspondre, selon ce manuel, au mode de fonctionnement des établissements de santé. Les flèches traduisent les objectifs de transversalité pour chaque niveau de l'organisation (par

¹ Source : Schéma concernant la structure de la V2, donné aux chefs de projet des équipes EPP du CPA le 14 avril 2006.

exemple, l'on comprend que le Niveau 4 – Chapitre IV est central et transversal, il fixe des objectifs qui s'imposent à tous les niveaux dont le premier d'entre eux est l'EPP). Ce schéma montre également que le patient est placé au centre du dispositif et que les grandes fonctions qui interviennent dans les établissements sont ordonnées autour de lui en opérant une distinction entre : les fonctions qui interviennent directement auprès du patient, soit les fonctions d'accueil et de soins ; les fonctions qui sont indispensables à la bonne marche de l'établissement car elles apportent leur soutien aux professionnels qui délivrent les soins et les autres prestations, soit les fonctions telles que : la gestion des ressources humaines, la gestion des systèmes d'information, la gestion de la qualité et des risques, les fonctions logistiques, la gestion financière ; le management de l'établissement.

Une autre spécificité de la V2 par rapport à la V1 est donc l'obligation, implicite dans ses quatre références principales déclinées dans les quatre chapitres du manuel V2, d'intégrer les usagers dans la démarche.

« Ceux-ci [les patients] sont présents dans les équipes de travail, et ils le seront lors de la visite des experts. L'UNAFAM et Ain Alzheimer ont déjà été contactés. Nous avons rencontré en juin deux membres de l'association de patients Vivre en ville pour leur expliquer le but de l'accréditation et leur rôle dans cette démarche. Ils nous ont ensuite reçues chez eux. Ils avaient lu la totalité du document avec les critères et préparé des remarques et des commentaires. C'est vraiment très enrichissant. »

E.GRANDCLEMENT, Responsable Assurance Qualité du CPA et visiteuse de l'HAS, dans « Accréditation, la V2 est engagée », p. 12.

Les patients sont invités à faire connaître leur point de vue sur des sujets aussi variés que le respect des droits, les possibilités d'expression, la politique hôtelière, la confidentialité, l'information sur son état de santé, l'évaluation des soins, etc. L'implication des patients, comme celle des professionnels est donc déterminante, puisqu'elle constitue un des nombreux indicateurs d'évaluation des experts.

« Je suis allée dans un hôpital où, à deux exceptions près, tous les médecins étaient absents lors de notre visite, mes collègues n'ont pas apprécié et leur rapport en tiendra compte... »

E.GRANDCLEMENT, Responsable Assurance Qualité du CPA et visiteuse de l'HAS, dans « Accréditation, la V2 est engagée », p. 12.

On comprend ainsi que tout le dispositif d'activation du clinicien vise en même temps à activer le patient en le rendant « gestionnaire de sa maladie »¹.

Note sur la politique d'Évaluation des Pratiques Professionnelles de la HAS

L'EPP est « une démarche organisée d'amélioration des pratiques, consistant à comparer régulièrement les pratiques effectuées et les résultats obtenus, avec les recommandations professionnelles »². En théorie, cette démarche, inspirée du « formative assessment » des anglo-saxons, se traduit par un double engagement des cliniciens. Il s'agit, d'une part, de s'engager à fonder leur exercice clinique sur des recommandations et, d'autre part, à mesurer et à analyser leurs pratiques en référence à ces dernières. Pour mettre en œuvre l'EPP, les cliniciens peuvent utiliser un certain nombre de méthodes qui ne se limitent pas à la mesure à posteriori des écarts entre la pratique et un référentiel (audit). « Elles [les méthodes] peuvent inclure des approches qui, par exemple, permettent de mieux contrôler les processus de soins en plaçant l'évaluation au sein de la pratique quotidienne (chemin clinique, reminder ou aide-mémoire, arbres de décision diagnostique ou thérapeutique, revue de mortalité, révision de dossiers, ebm-meeting,...) sans omettre les formes émergentes de pratique médicale protocolée et évaluée comme les réseaux de soins, les groupes de pairs ou les maisons médicales, ou même les dispositifs qui pourraient résulter de la négociation conventionnelle comme les contrats de bonne pratique »³. Selon l'HAS, la nécessité de l'évaluation des pratiques professionnelles résulte à la fois de l'évolution rapide des données à mobiliser dans le cadre de l'exercice de l'activité médicale et de l'interdépendance des acteurs provoquée par leur spécialisation croissante.

Comme nous l'avons vu plus haut, l'EPP, prévue par l'article de la loi du 13 août 2004, a également fait l'objet d'un décret d'application le 14 avril 2005 qui la rendait obligatoire pour l'ensemble des médecins quel que soit leur type d'exercice (médecins libéraux, médecins salariés exerçant en établissement de santé, médecins salariés n'exerçant pas en établissement de santé, médecins relevant de plusieurs exercices) à partir du 1er juillet 2005. L'EPP s'ajoute donc à l'obligation de formation continue, formulée dans la Loi du 8 août 2004, alors que le décret du 14 avril 2005 indiquait clairement la relation entre les deux : « l'évaluation des pratiques professionnelles, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la formation médicale continue ». Cette Loi charge la Haute Autorité de santé « de participer à la mise en œuvre d'actions d'évaluation des pratiques professionnelles » (art 35) ».

Selon la HAS, la formation médicale continue (FMC) et l'EPP adoptent cependant des approches complémentaires. « La FMC privilégie une approche pédagogique, fondée sur l'acquisition de nouvelles connaissances ou compétences. L'EPP repose sur une approche davantage clinique et professionnelle, fondée sur l'analyse des données de l'activité. Mais dans la réalité EPP et FC se rejoignent, notamment parce que la FMC ne peut être qu'attentive aux résultats qu'elle obtient et que l'EPP doit s'appuyer sur les « Bonnes Pratiques » actualisées pour analyser les données de l'activité clinique des médecins et des professionnels de santé. »⁴ On le voit bien ici, l'EPP devient ainsi un nouveau mode de régulation des pratiques cliniques puisque en instituant un

¹ Nous empruntons ici l'expression à BARBOT J., (2002), *Les malades en mouvement. La médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris, Balland.

² Extrait du site internet de la HAS, <http://www.has-sante.fr>

³ Extrait du Guide de l'EPP daté de Juin 2005, p. 2.

⁴ Extrait du site internet de la HAS, <http://www.has-sante.fr>

monopole sur la formation des cliniciens, elle obtient une juridiction quasi exclusive pour déterminer, via les « bonnes pratiques », ce qu'est la clinique. Et partant, elle définit comment il faut se comporter pour être considéré comme un bon clinicien aux yeux de l'institution.

Si la HAS a pour rôle de définir les modalités de l'évaluation des pratiques professionnelles, d'agrèer les organismes chargés d'aider les cliniciens dans leur évaluation, d'habiliter les cliniciens qui accompagnent leurs confrères dans la démarche, et de contrôler et d'évaluer le dispositif, c'est à la CME (Commission Médicale d'Etablissement) d'organiser l'EPP des médecins salariés exerçant en établissement de santé suivant un cahier des charges proposé par l'HAS.

Plusieurs étapes jalonnent la procédure d'accréditation¹ :

1. l'engagement de la procédure est suivi d'une phase d'auto-évaluation menée au sein de l'établissement par des groupes pluridisciplinaires. Elle dure plusieurs mois et permet aux professionnels d'évaluer la qualité de leur établissement au regard des référentiels ;
2. au terme de cette auto-évaluation, une visite de quelques jours est effectuée par un groupe d'au moins trois experts-visiteurs : il s'agit de professionnels du secteur hospitalier formés et mandatés par l'ANAES qui ont pour mission d'apprécier la dynamique de l'établissement quant à l'amélioration de la qualité des soins ;
3. les experts-visiteurs remettent un rapport rendant compte des résultats de la procédure, l'établissement peut formuler des réponses ;
4. le Collège de l'accréditation, composé de onze professionnels du secteur hospitalier nommés en raison de leur compétence et de leur expérience, décide des résultats définitifs de la procédure d'accréditation pour chaque établissement. Un compte-rendu est établi et rendu public.

Accréditation et EPP au CPA

Au CPA, la première accréditation et la visite des experts de l'ANAES ont eu lieu en 2003. Le compte-rendu des visiteurs, globalement positif en dépit de quatre réserves qui ont entraîné une seconde visite ciblée en juillet 2004, a permis son accréditation. A peine le CPA se félicitait de cet aboutissement positif qu'il apprenait qu'une nouvelle visite d'experts était prévue pour la V2². Cette seconde visite ne préfigurait pourtant pas la première :

« Lors de la première visite, l'ANAES nous demandait d'apporter la preuve que l'on mettait en place une démarche. A présent, la Haute Autorité de Santé, qui se substitue à l'ANAES, exige que cette démarche soit efficace. Dans le guide de l'accréditation, apparaît d'ailleurs le terme d'efficience, c'est-à-dire la qualité avec une notion de coût. Il s'agit de faire de cette qualité une régulation du système de santé. »

**E.GRANDCLEMENT, Responsable Assurance Qualité du CPA,
dans « Accréditation, la V2 est engagée », p. 12.**

¹ Pour de plus amples approfondissements concernant l'accréditation cf. DEPAIGNE A., (2003), *Accréditer la psychiatrie, les premiers pas d'un instrument d'action publique*, Réponse à l'appel à projet « Santé mentale » MIRE/DREES, convention MIRE n°10/01.

² La prochaine visite d'accréditation était en effet prévue du 26 février au 2 mars de l'année suivante.

Si l'on note dans cet extrait que la HAS a « *autorité* » pour désigner ce qu'est une pratique clinique de qualité, une bonne pratique efficace, on peut dire qu'elle fait de la clinique un objet évaluable, et donc gérable, au même titre que le sont les finances de l'hôpital. En ce sens, créer l'EPP a non seulement le pouvoir de légitimer le professionnel qui se comporte en bon praticien mais, de plus, elle fait autorité sur ce qu'est « vraiment » la clinique. L'EPP crée ainsi les possibilités sociales de se conduire en « bon praticien » et c'est en cela qu'elle participe à l'activation du clinicien.

Si le cahier des charges de la V2 est le même pour tous les établissements, tous n'ont pas pour autant la même façon de procéder. Au CPA, la mise en place de la V2 s'est structurée sur un nouvel organigramme, étrangement assez proche de celui que nous avons identifié dans le sous-chapitre précédent puisqu'il est composé d'un :

- *Comité de Pilotage* (« Copil ») : le Copil a comme mission principale de valider la production des différents travaux et d'harmoniser les écrits pour l'autoévaluation finale.
- *Comité d'évaluation des pratiques professionnelles* (CEPP) : créé en février 2006, il a pour rôle de *coordonner* les *fiches actions* afin de fixer des points de repères identiques pour tous les groupes d'EPP. Il a un rôle de validation de ces *fiches actions* établies par le *chef de projet* et il propose un bilan d'étape pour chaque groupe afin de suivre l'avancée des travaux des groupes. Un membre du CEPP doit être présent dans chaque groupe pour apporter un soutien méthodologique (outils, démarche, suivi).
- *Comité de Coordination des Risques et des Vigilances* (CCRV) : créé le 4 avril 2006, ce comité est composé du directeur, de la présidente de la CME, de la Direction des Ressources Humaines, du président du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales, de la Direction des Soins Paramédicaux adjointe, de la Responsable Assurance Qualité du CPA et du chef des services techniques. Cette instance a pour objectif de mettre en œuvre une politique de gestion des risques coordonnée et pluridisciplinaire, d'assurer une veille réglementaire et de mettre en place des outils de surveillance.
- *Groupes projet* : créées en avril 2006, neuf équipes de travail pluriprofessionnelles se sont réunies avec pour mission de réaliser concrètement l'EPP. Chaque équipe est composée d'un ou deux *chefs de projet*

qui ont pour rôles : d'assurer l'animation du groupe en vue de la production d'un écrit relatant la *méthodologie* employée pour les EPP concernées ; d'établir un *calendrier prévisionnel* des actions à mener ; d'organiser la fonction de secrétariat : à la fin de chaque séance de travail un *compte-rendu* sera rédigé et envoyé à la présidente de la CME ; de suivre la présence aux réunions : *fiche d'émargement* ; de travailler selon la méthode qualité préconisée pour le thème en lien avec le référent contacté par la RAQ, ou sa secrétaire ; d'apporter son expertise sur le thème traité ; de collaborer avec le *référent méthodologique* pour assurer la cohérence de l'avancée des travaux ; de faire un bilan d'étape avec le CEPP lorsque les lignes directrices de l'EPP seront définies ; de présenter le travail final du groupe au CEPP ; de proposer des actions d'*amélioration*, des actions de suivi et de communication sur le sujet.

Cette mise en ordre institutionnelle de l'EPP présente une grammaire du *projet* (mise en évidence en *italique*) quasiment identique à celle que nous avons relevée dans la monographie précédente. Les cliniciens se retrouvent pris dans des « *groupes projets* » encadrés par un clinicien « *chef de projet* » ; un nouveau clinicien en posture de coordination créé pour l'occasion.

« La mise en place de l'EPP, qui s'adresse essentiellement aux services cliniques, est très complexe en raison de la diversité des métiers, des sujets, des soins et de la spécificité de la psychiatrie de l'établissement. Par ailleurs, elle ne peut s'inscrire que dans la durée : il fallait donc la doter d'une organisation pérenne. »

**G.DURANT, directeur des soins paramédicaux,
dans « Accréditation, la V2 est engagée », p. 12.**

Voilà la mise en ordre institutionnelle légitimée par le directeur des soins qui ne manque pas de souligner que ce sont bien les services cliniques qui sont visés par l'action. Au CPA, la démarche d'accréditation V2 s'est ainsi déclinée dans trois références cotées 44, 45, 46, choisies par chacun des neuf groupes projets constitués. Chacun de ces groupes s'est vu remettre une fiche avec un thème¹, puis s'est constitué en équipe pluridisciplinaire autour d'un chef projet, comme il l'était prescrit.

¹ Cf. annexes du chapitre 6 - Thèmes, références et méthodologies des groupes projets EPP.

Selon Gérard DURANT, directeur des soins paramédicaux du CPA, « *si on ne veut pas s'égarer, le plus simple est de mettre en place l'EPP à partir des exigences de ces références. L'autoévaluation propre à la certification nous permettra de lancer ensuite l'EPP telle que nous la souhaitons dans l'établissement, en fonction de nos besoins.* »¹

« **L'analyse de processus** : il nécessite de définir des actions, d'identifier des acteurs, de prendre en compte les contraintes, de lister les supports liés au processus. Cette méthode est dite « globalement descendante » puisqu'elle décrit le processus sur différents niveaux de décomposition. Elle assure également la cohérence entre ces différents niveaux. Le processus est un enchaînement d'actions coordonnées répondant à un besoin dans un but défini. Un processus est une succession de tâches réalisées à l'aide de moyens tels que le personnel, les équipements, le matériel, les informations et les procédures. Le résultat escompté est un service. »

**Extrait du document donné aux chefs de projet
des équipes EPP du CPA, 14 avril 2006.**

Au CPA, l'autoévaluation a commencé au mois de septembre 2006. Il s'agit de collecter et d'identifier les informations en rapport avec les références et les critères attribués, puis d'analyser les données. Le but étant que « *chaque équipe fera des propositions d'amélioration puis remettra en novembre son compte-rendu à l'un des six groupes de synthèse qui ont pour mission de coter les différents critères d'un A, B, C, ou D.* »² Ces groupes auront également pour mission de finaliser la grille de recueil de critères. « *Ils l'assortiront de deux lignes, l'une présentant les points positifs, l'autre listant les points d'amélioration.* »³ Pour chaque référence, un tel document sera envoyé à l'HAS, après validation du Copil. Les groupes de travail ont jusqu'au mois de février pour finaliser les documents de preuve réunis tout au long de la démarche et les groupes de synthèse pour préparer leur rencontre avec les experts.

EPP et CSMP

Le CSMP est rentré dans la procédure EPP suite à une sollicitation de la présidente de la Commission Médicale d'Etablissement dès le début de l'implémentation de l'accréditation au CPA. Le groupe EPP du CSMP a suivi chronologiquement les trois phases de la procédure :

¹ Gérard DURANT dans « *Accréditation, la V2 est engagée* », p. 12.

² Florence CLEMENTIN dans « *Accréditation, la V2 est engagée* », *Missions* n°14, nov. 2006, p. 13.

³ Elisabeth GRANDCLEMENT dans « *Accréditation, la V2 est engagée* », *Missions* n°14, nov. 2006, p. 13.

la phase d'auto-évaluation, la visite des experts-visiteurs, la phase de discussions des recommandations des visiteurs.

Dès son apparition au sein du groupe EPP du CSMP, cette évaluation a fait l'objet de critiques. Identifiée comme n'étant pas une démarche vaine, dénuée de résonances pour les praticiens, elle a provoqué des réactions chez les référents du CSMP qui oscillaient entre le découragement et l'angoisse à se « *torturer l'esprit pour comprendre ces protocoles qualités.* »¹

« Avec les EPP, il y a une opposition entre le thérapeutique et l'organisationnel. L'organisationnel tue le thérapeutique. On ne soigne plus parce qu'on est dans la capacité de soigner mais parce que c'est l'objectif de l'institution. Du coup, l'affectif n'est plus au centre du soin, il est planqué derrière les évaluations. Comment l'EPP va-t-il prendre en compte la question du transfert ? »

**Extrait du cahier de notes personnelles. Mr TABARY,
Première réunion « EPP » du CSMP, 14 avril 2006.**

Il ne s'agit pas là d'une nouvelle forme de résistance aveugle au changement ou d'un manque de volonté à investir un nouveau champ logique de compréhension de la réalité. Ces sentiments ont sans doute à voir avec les remaniements qui affectent les représentations de la vocation et de la fonction soignante dans un contexte où l'évaluation de la clinique et de ses qualités psychothérapeutiques sont fortement discutées au sein même de la profession². La question qui se pose aux cliniciens du CSMP est la suivante : si l'application de la démarche qualité via l'EPP permet de cadrer les pratiques cliniques en bonnes pratiques cela signifie-t-il qu'un bon clinicien est un bon qualitatif ?³

Au sein du CSMP, l'EPP apparaît non pas comme un outil d'amélioration des conditions du soin, mais comme un outil de pression pour renforcer la productivité et la rentabilité de l'hôpital. Les référents du CSMP rattachent le modèle qualité de l'EPP à un système de normes sous-tendu par une vision comportementaliste, positiviste et instrumentale de la

¹ Extrait du cahier de notes personnelles. Propos de Mr TABARY.

² Cf. notamment les débats survenus suite à la parution puis au retrait du fameux rapport de l'INSERM sur l'évaluation des psychothérapies (2004) du site internet du ministère de la santé par son ministre Philippe DOUSTE-BLAZY. Ces débats ont fait l'objet de différentes productions donnant à voir les enjeux politiques de la clinique contemporaine qui opposent d'un côté les auteurs comportementalistes, cognitivistes, scientistes du *Livre noir de la psychanalyse* et, de l'autre, les auteurs psychanalystes de l'*Anti-livre noir de la psychanalyse*, de l'*Anatomie du livre noir de la psychanalyse* ou encore du *Livre blanc de la psychiatrie* (psychiatres). Nous voyons dans cette opposition, une ligne de tension proche de celle que nous mettrons en évidence dans cette troisième partie entre une clinique tournée vers la logique du projet et une clinique tournée vers la logique de la personne.

³ Raisonement relevé lors de la première réunion du groupe EPP du CSMP, 14 avril 2006.

clinique. Plusieurs réunions du groupe de travail EPP du CSMP donneront à voir une critique concernant la nouvelle logique de domination du pouvoir managérial au sein du CPA d'une part, mais aussi en provenance des injonctions de la DDASS et du Conseil Général, principaux bailleurs du CSMP. La critique du pouvoir managérial émanant des référents du CSMP rejoint, selon nous, celle de Vincent De GAULEJAC¹.

L'EPP pour les référents du CSMP constitue une sorte de « discours de l'insignifiance »² dans le sens où ils pensent qu'il empêche de rendre compte de la complexité de la problématique des personnes en situation de précarité en imposant une méthodologie normative qui recouvre la complexité par l'évidence, neutralise les contradictions par le positivisme, éradique les conflits d'intérêts par l'affirmation de valeurs qui se veulent « universelles ».

Pour les référents du CSMP, le sens de l'action prescrit par les EPP ne correspond pas au sens qu'ils lui donnent. Il ne s'agit pas pour eux de rentrer dans la logique du projet mais plutôt d'essayer « *de comprendre réellement et concrètement les incohérences de la prise en charge des personnes en situation de précarité* »³. Plutôt que de chercher à construire une évaluation à partir d'un modèle idéal de qualité (indicateurs et méthodologie préétablis), ils proposent de partir de la réalité concrète. Le CSMP décide alors de mettre à jour « à sa manière » les différentes actions que les référents mettent en œuvre, c'est-à-dire en réalisant une enquête

¹ « Le pouvoir ne réside pas seulement dans l'imposition d'une représentation qui se présente comme universelle. Il s'incarne dans des règles, des procédures, des dispositifs concrets qui contribuent à l'organisation du travail. L'exercice du pouvoir consiste à définir des principes qui servent de référents et concourent à façonner la réalité. Il consiste également à prendre des décisions, à fixer des orientations et des objectifs. Mais il consiste surtout, et c'est là sa dimension la moins visible, à délimiter le champ et à structurer l'espace dans lequel ces décisions et ces orientations seront prises. Le pouvoir est en fait détenu par celui qui fonde la règle du jeu, car il pose du même coup l'ensemble des conditions auxquelles sont assujettis les participants ainsi que leurs rapports mutuels. Avec le pouvoir managérial, les ordres et les interdictions sont remplacés par des procédures et des principes intériorisés conformes à la logique de l'organisation. Au pouvoir des « chefs » se substitue le pouvoir de l'expert, en l'occurrence de qualitatif, qui institue des règles et définit ses modalités de mise en œuvre. En acceptant de « jouer le jeu », les employés sont pris, malgré eux, dans une construction procédurale qui les assujettit à un pouvoir normalisateur auquel ils doivent adhérer.

L'adhésion est d'autant plus facilement acquise qu'ils sont sollicités pour contribuer à l'élaboration de ces normes. En particulier ceux dont la tâche consiste à traduire des objectifs généraux en prescriptions concrètes. « Ils travaillent à transformer une exigence institutionnelle abstraite de « qualité totale », d'« accréditation », de « confort », de « mobilité », d'« autonomisation », d'« éthique », en prescription organisationnelle concrète » (Dujarier, 2004). Cette dernière prend la forme de manuels, de protocoles, de tableaux de bord, de procédures, de logiciels qui encadrent très concrètement le travail dans des prescriptions nombreuses et précises. Nous touchons là l'ambiguïté permanente du pouvoir managérial qui réside dans le décalage entre les intentions affichées d'autonomie, d'innovation, de créativité, d'épanouissement dans le travail, et la mise en œuvre de dispositifs organisationnels producteurs de prescription, de normalisation, d'objectivation, d'instrumentalisation et de dépendance. » De GAULEJAC V., (2005), *op. cit.*, p. 74.

² Didier NOYE dans son ouvrage *Le parler creux sans peine* (1998, cité par De GAULEJAC V., (2005), *op. cit.*, p. 66) donne une démonstration de l'interchangeabilité des termes qui compose le discours de l'insignifiance à travers un tableau où chaque mot d'une colonne peut être combiné avec n'importe quel nom des autres colonnes. La critique des référents portent sur le fait que nous pourrions faire de même avec les verbes d'action qui composent les différents cadres logiques du projet « SPEL - Publics en difficulté ».

³ Propos d'un des membres du groupe chargé des EPP au CSMP. Extrait du cahier de notes personnelles. 14 avril 2006.

évaluative¹ comme ils le font depuis le début du dispositif² et comme le récapitule le document ci-dessous :

Présentation du thème : Le thème présenté est l'évaluation des pratiques dans l'accueil des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

Justification du choix du thème (pourquoi ce sujet et en quoi il est porteur d'amélioration) : C'est un sujet qui constitue : premièrement, une priorité de santé confirmée notamment dans le SROSS et dans le projet d'établissement ; deuxièmement, une problématique fréquemment rencontrée dans la pratique quotidienne ; enfin, une clinique spécifique, à laquelle correspondent des pratiques d'accueil particulières qu'il convient de faire connaître et appliquer.

Présentation du groupe de travail (nombre de membres, métiers-groupe pluridisciplinaire) : Pour la constitution du groupe, nous nous sommes appuyés sur une structure existant depuis 2001 au sein de notre établissement à savoir, le CSMP (Carrefour Santé Mentale Précarité). Ce groupe de travail pluriprofessionnel et plurisectoriel correspond au bureau du CSMP : il est constitué de 9 membres : 2 médecins, 1 psychologue, 1 cadre de santé supérieur, 2 cadres de santé de proximité, 1 assistante sociale, 1 infirmière et 1 chercheur en sociologie.

Objectifs définis : L'objectif principal de ce groupe est d'évaluer et d'améliorer l'impact du travail de sensibilisation, d'information et de formation qu'effectue le CSMP, dans les pratiques d'accueil et de prise en charge des patients démunis et exclus.

Méthode retenue et justification du choix de la méthode : La méthode retenue est l'analyse de processus qui permet d'identifier et de comprendre les problèmes de qualité de manière directe par l'approche globale d'une prise en charge ou d'une activité.

Le ou les référentiels utilisés : Les référentiels qui ont guidé notre démarche sont : la Charte d'accueil des personnes exposées à la précarité et à l'exclusion : c'est un document de travail élaboré par le CSMP, validé par la CME et présenté dans les secteurs au cours des années 2003 et 2004 ; les référentiels de base sont constitués, quant à eux, par les travaux de l'ORSPERE, le rapport LAZARUS, le rapport PARQUET, ainsi que la Circulaire du 23 novembre 2005 relative à la création d'Equipe Mobile Spécialisée.

Etude réalisée ou en cours : L'étude s'est réalisée à partir de questionnaires portant sur l'ensemble des points de la Charte, diffusés en décembre 2006 auprès de 235 personnes représentants des médecins, cadres infirmiers, psychologues, assistantes sociales de tous les secteurs.

Eléments et résultats de l'analyse : En ce qui concerne les résultats et l'analyse de cette étude, nous n'en mentionnerons que les grandes lignes et avons donc constaté que : le taux de réponse, de retour des questionnaires est de 45% ce qui montre une implication forte des professionnels de l'établissement par rapport à cette problématique ; que bien qu'un tiers des personnes n'aient pas participé à la présentation de la Charte, près de 80% en ont une bonne connaissance ; que cette présentation a éclairé les personnes sur la connaissance clinique de la précarité mais que l'impact sur les pratiques reste moyen voire faible (20%).

Plusieurs hypothèses peuvent être émises : les pratiques soignantes étaient déjà bien adaptées à cette population ; un certain nombre de personnes ayant répondu au questionnaire travaillent en pédopsychiatrie de secteur, moins concerné par le thème abordé. Cependant, certaines pratiques recommandées sont largement réalisées. Ainsi 66% accepte des demandes de consultation formulées par un tiers ; 50% accepte des consultations sans rendez-vous préalable.

¹ Cf. annexes du chapitre 6 – Le questionnaire EPP du CSMP.

² Cf. supra chap.2.I.7. *Les enquêtes et les recherches : sensibiliser par l'écoute des besoins.*

Comparaison avec d'autres expériences internes et/ou externes : Il nous est difficile d'établir des comparaisons avec d'autres structures car à notre connaissance, il n'existe pas d'équivalent connu à l'échelle d'un département sinon des modèles urbains où les éléments sont difficilement transposables. En ceci, la création de cet outil qu'est la Charte apparaît comme relativement novatrice.

Proposition d'amélioration : En ce qui concerne les points à améliorer, nous proposons : une révision de la Charte, portant sur une rédaction plus explicite, voire un document de complément courant 2007, faisant clairement référence à des outils de soin et des dispositifs concrets, ainsi, nous prévoyons d'intégrer à la Charte l'outil PASS ; de réaliser une étude pour identifier de manière plus précise, les causes relatives à la distorsion qui existe entre la bonne connaissance de la Charte et le peu d'impact sur les pratiques ; de continuer à établir des partenariats, conventions pérennes avec les structures sociales de type réseau ; de préconiser une adaptation et une souplesse quant à la prise de rendez vous et de l'identité du premier consultant dans les CMP ; d'assurer un suivi social systématique à la sortie du patient. Ces deux derniers points seront à adapter en fonction des pratiques et cultures de chaque secteur.

Démarches institutionnelles pour la mise en œuvre dans l'établissement : Les démarches institutionnelles nécessaires à la réalisation de ces propositions sont : communication : présentation de la Charte rénovée et complétée dans l'ensemble des CMP, unités de soin et les IFSI (en y incluant les secrétaires quand elles jouent un rôle dans l'accueil et l'orientation du patient- courant 2008) ; amélioration et réactualisation du site intranet accessible à l'ensemble du personnel du CPA.

Amélioration des pratiques : réaliser des séances d'informations sur les dispositifs possibles de partenariat avec les instances sociales ; renforcement du rôle des « référents précarité » pour une meilleure connaissance des besoins et évaluation des pratiques au niveau de chaque secteur.

Enfin, cette évaluation des pratiques professionnelles confirme l'intérêt de créer une équipe mobile (projet déposé en 2006) qui aurait une fonction interface entre les personnes en situation d'exclusion et de précarité et les structures de droit commun.

**Fiche action rédigée par les référents du CSMP
en charge de l'EPP. 10 novembre 2006.**

En mai 2007, l'évaluation de l'HAS concernant l'EPP du CSMP est de « C », une des notes les plus basses des groupes EPP du CPA. Une des raisons évoquées par les experts de l'HAS pour avoir accordé un tel résultat est que « *l'exploitation des données de ce questionnaire est récente et l'établissement n'a pas encore clairement défini ses axes d'amélioration* »¹. Mme GRANDCLEMENT nous confie également qu'une des raisons de ce résultat réside dans le fait que le CSMP « *n'affiche pas de politique de soin en termes d'objectifs évaluables, quantifiables, et il est apparu un peu comme une nébuleuse aux yeux des experts. De plus, ajoute t-elle, l'action directe auprès des patients n'a pas été évaluée alors que c'était ce qui était attendu le plus par l'HAS* »². Les référents du CSMP, quant à eux, ont pris ce résultat

¹ Extrait du Rapport de certification du CPA, p. 83, mai 2007. Document fournit par Mme GRANDCLEMENT, Responsable Assurance Qualité du CPA.

² Extrait du cahier de notes personnelles, entretien avec Mme GRANDCLEMENT, Responsable Assurance Qualité du CPA.

comme celui de l'écart qui les reliait avec la logique de l'EPP. « *Ils n'ont pas compris grand-chose de ce qu'on fait au carrefour et j'avoue ne toujours avoir rien compris à leurs méthodes. Ca ne nous empêchera pas de continuer nos actions et de mettre à jour la Charte. On n'a pas attendu qu'ils ne nous le demandent pour nous évaluer* » conclut Mr TABARY, lors d'une réunion plénière du CSMP (29 juin 2007).

II. La visée de la clinique par projets : devenir soi en étant authentique et autonome

1. Flexibilité, adaptation et autonomie : les « capacités » du clinicien en posture de coordination

A travers les deux exemples que nous venons de décrire, nous constatons qu'il ne s'agit pas dans la posture de coordination de s'attacher docilement à reproduire un cadre logique ou institutionnel prescripteur d'action. Il ne s'agit pas non plus de vivre à travers la théorie ou la recherche comme pourrait le faire des cliniciens confinés dans leur tour d'ivoire. Ce qui anime le clinicien dans cette posture et ce qui l'engage pour agir, ce n'est pas le savoir mais l'action.

Loin de s'inscrire dans les prérogatives institutionnelles auxquelles est habituellement soumis tout service hospitalier, en termes de fonctionnement, d'organisation et de procédures, le CSMP reflète ceux qui l'ont bâti et fonctionne à la manière d'un électron libre, actif et autonome. Flexibles et adaptables, les référents du CSMP restent leader de leur propre démarche et tentent d'être comme le « grand » de la « cité par projets » tel qu'il est décrit par Luc BOLTANSKI et Eve CHIAPELLO, c'est à dire « leader dans ses relations amont et aval, leader dans ses réseaux »¹.

A plusieurs reprises, s'est posée la question de savoir s'il fallait agir, agir parfois même en allant à l'encontre des principes de l'institution. Par exemple, lors de la rédaction du projet d'équipe mobile, les référents du CSMP se sont posés la question de la mise en œuvre de consultations relais : « *Elles sont à l'usage des personnes en situation de précarité dans les cas où le délai entre le premier contact et la date de consultation dans les CMP est trop long. Elles permettent une consultation dans la semaine et un suivi jusqu'à la prise en charge par le CMP de rattachement.* » En mettant en place de telles consultations, les référents du CSMP se sont interrogés pendant plusieurs semaines s'ils n'outrepassaient pas leur mission en

¹ SERIEYX (1993) cité par BOLTANSKI L., CHIAPELLO E., (1999), *op. cit.*, p. 169.

substituant à la politique de secteur. Ils ont cependant choisi de mettre en œuvre ces consultations qui ont débuté à la fin de l'année 2007 sur Bourg-en-Bresse et qui ont commencé à s'étendre à d'autres localités du département au printemps 2008. Autre exemple, dans le même ordre d'idées, lors d'une réunion plénière du CSMP, une psychiatre du CAP présente la situation d'une jeune femme étrangère et sans papiers qui a été reçue au GAP. Ne possédant aucune carte de couverture sociale, l'administrateur du GAP a pris seul la décision de contacter la préfecture pour « *savoir où en était le dossier de cette personne avant de l'interdire d'accès à l'hôpital* » (Propos rapportés par la psychiatre du CAP). Face à cette situation, les référents du CSMP se demandent « *si on n'a pas, dans de tel cas, à se mettre dans une position révolutionnaire, c'est-à-dire qui va à l'encontre des lois de notre pays* ». Il s'agit ici pour les cliniciens de s'interroger de savoir « *comment peut-on obtenir l'Aide Médicale d'Urgence (AMG) sans dénoncer ? en restant anonyme ? C'est le rôle du CSMP de rappeler à la direction les lois en cours par rapport aux personnes en situation irrégulière. Il faut aussi rappeler que pendant qu'un dossier de demande d'asile est en cours à l'OFPRA, on ne peut pas expulser quelqu'un. [Et de souligner qu'] il peut y avoir opposition entre les droits de la personne et l'injonction gestionnaire de l'hôpital. On va saisir le directeur et si on n'a pas de réponse : on saisit le comité médical de la CME.* » (Propos de Mr TABARY. Cahier de notes personnelles).

Dans ce genre de situation, les cliniciens du CSMP se sont toujours positionnés en partant de l'hypothèse qu'il valait mieux faire quelque chose que de ne rien faire du tout.

Si nous pouvons certainement voir dans cette posture un reliquat de la coutume médicale qui consiste à prescrire et à ordonnancer (au sens de l'ordonnance)¹, cela montre également que le pragmatisme est une valeur fondamentale de l'activité clinique. Dans la posture du coordinateur, le clinicien se fierait donc naturellement davantage aux résultats apparents qu'à la théorie. Il chercherait toujours à bricoler les objets de la réalité et ce afin d'essayer de tirer parti de chaque situation dans ce qu'elle a de plus singulier. Sa créativité ne se situe non pas dans l'invention d'un nouvel objet mais dans l'agencement original et novateur d'objets qui lui préexistent. Pour cela, il doit pouvoir se montrer intuitif et talentueux, au sens où l'on parle du talent d'un artiste. Les artistes, et les valeurs qui leur sont généralement associées sont d'ailleurs très fréquemment évoqués au CSMP.

¹ FRIEDSON E., (1984), *op. cit.*, p. 177.

En guise d'illustration, le texte ci-dessous a été écrit lors du départ début 2007 de la secrétaire du CSMP. Cette secrétaire, engagée et très disponible, était considérée par tous comme un « pilier » du dispositif. Son départ a provoqué le regret de tous, regret exprimé par Mr TABARY à travers une lettre adressée par email à la secrétaire ainsi qu'à tous les référents du CSMP en copie :

« Je ne sais pourquoi, mais je vous presentais amateur de jazz. J'ai quelques excellentes adresses de jazz en continu sur INTERNET. Le jazz est un art d'hommes et de femmes qui vivent tranquillement leur liberté et leurs responsabilités : ils fument, apprécient les whiskys dans les bars biscornus et les bières glacées dans les festivals; ils rythment tranquillement un bon tempo ou un swing envoûtant d'un léger balancement, ou en frappant le godillot sur le plancher, tout au plus d'un claquement de doigts, à mille lieux des déhanchements hystériques. Ils sifflent brièvement leur liberté à la fin ou après un bon rush. Ils sont exigeants, chaleureux, pacifiques et font la nique à tous les pétochards de la vie, parce qu'ils savent bien que le bœuf le plus relancé s'arrête quand même, fût ce au petit matin. Ce qui ne leur fait pas peur. Ils sont les derniers à savoir encore la nuance : le pianissimo, le langoureux, le déchirant ou l'endiablé. Etc. »

Email adressé à la secrétaire partante (qui a reçu des CD de jazz en cadeau) et, en copie, à tous les référents du CSMP par Mr TABARY. 23 mars 2007.

Ce texte est intéressant pour deux raisons. D'une part, il illustre, en partie, quels peuvent être les modèles « artistiques » partagés par un collectif soignant (ou du moins impulsés à travers les goûts de son leader), le jazz n'est-il pas la figure mythique de l'art du bricolage et du métissage ? D'autre part, il montre de quelle manière le responsable du dispositif entretient les liens avec son équipe. A travers ce type d'échanges personnels, quasi intimes, qui n'est pas propre au responsable du dispositif mais qui à travers l'utilisation faite par tous les référents des nouvelles technologies de communication mises au service des agents de l'institution (emails via intranet), constitue une certaine norme d'action ; chacun est en mesure d'être à un moment donné un connecteur, un passeur, qui ne garde pas pour lui les informations ou les contacts récoltés dans ses réseaux mais qui les redistribue entre les membres de l'équipe. Chacun est en mesure d'être connecté personnellement à l'autre et de lui faire savoir quasiment en direct ce qu'il ressent pour telle ou telle situation, telle ou telle rencontre.

Pour ce faire, le clinicien sait percevoir dans le monde qui l'entoure, les indices lui permettant de pressentir les liens qui méritent d'être investis. Tout son environnement est perçu comme une sorte de réseau de connexions potentielles, en devenir donc, ce qui le positionne dans une sorte d'éveil permanent lui permettant d'être à l'aise dans le flou et le désordre.

L'ensemble de ces qualités permet au clinicien de vivre dans l'univers de plus en plus contradictoire de l'hôpital : être autonome tout en devant, en permanence, rendre des comptes à sa hiérarchie sur ses capacités d'autonomie.

Nous avons pu observer un peu tardivement dans notre recherche (ce qui ne nous a pas permis d'observer sa mise en application effective) comment se sont mis en place au CPA des entretiens d'évaluations concernant les pratiques professionnelles de tous les soignants du CPA : la direction des soins paramédicaux évalue les cadres supérieurs qui évaluent les cadres de santé qui évaluent les infirmiers (et de même dans la filière médicale selon la hiérarchie qui lui est propre¹). Ces entretiens d'évaluation donnent à voir comment les cliniciens sont soumis à l'injonction à l'autonomie dans une logique de perfectibilité.

Entretien de progrès

Identité : Nom, Prénom, Date de naissance

Nom, Prénom du professionnel évaluateur :

Qualifications : Diplômes obtenus, années d'obtention

Parcours professionnel CPA : Périodes, fonctions, services ou secteurs d'affectation, missions du service

Autres expériences professionnelles (facultatif) : Périodes, fonctions, établissements

Formations suivies : Intitulé des formations, années

Compétences complémentaires : (exemples : maîtrise des langues étrangères, arts plastiques, musique...)(facultatif)

Rappel projets/missions de l'unité fonctionnelle :

Fonction de la personne évaluée et principales activités :

Déclinez les différentes missions que vous menez au sein de votre service :

Dans lesquelles de ces missions vous sentez-vous le plus à l'aise ?

Dans lesquelles de ces missions rencontrez-vous des difficultés ?

De quelle nature sont les difficultés rencontrées ?

Avez-vous des suggestions à apporter en vue d'une amélioration de l'organisation du travail ?

Quels objectifs envisagez-vous pour l'année à venir ?

Y a-t-il des points sur lesquels vous désirez développer des compétences individuelles ?

Quels seraient vos projets de formation, mobilité, évolution professionnelle, etc. ?

¹ Cf. supra chap.1.II.2.L'engagement des professionnels du CSMP : des cliniciens entrepreneurs d'action publique.

	Acquis ou satisfaisant	A améliorer	Non acquis ou insatisfaisant	Non applicable
Maîtrise des compétences techniques/poste				
Aptitude à assurer les responsabilités liées à la fonction				
Respect de la confidentialité/devoir de réserve				
Capacités relationnelles				
Capacité à prendre des initiatives dans le cadre de l'activité courante				
Esprit d'équipe				
Capacité à transmettre par écrit				
Capacité à transmettre par oral				
Capacité à adhérer aux projets				
Aptitude à planifier son travail/sens de l'organisation				
Capacité à se former				
Capacité à s'informer				
Aptitude à faire face à une situation imprévue				
Prise de décision en l'absence du responsable				
Ponctualité				
Disponibilité				
Capacité à intégrer de nouveaux salariés				
Capacité à former des nouveaux salariés				
Capacité à encadrer les stagiaires et à assurer leur tutorat				
Sens de l'économie				

Bilan Période écoulée

Objectifs	Indicateurs	Résultats				Plan d'action
		OD	OA	OPA	ONA	
Permanents						
Conjoncturels						

OD : Objectif Dépassé OA : Objectif Atteint OPA : Objectif Partiellement atteint

ONA : Objectif Non Atteint

Permanents = objectifs qui s'inscrivent le plus souvent dans une dimension pluriannuelle. Ces objectifs concernent essentiellement le poste tenu en référence à la définition de fonction, ainsi que les projets individuels d'évolution professionnelle.

Conjoncturels = objectifs qui s'inscrivent dans un espace plus réduit, souvent sur l'année. Ces objectifs sont propres à la période.

A... Le...

Documents fournis par une référente du CSMP, 14 décembre 2007.

La forme et le fond de ces entretiens d'évaluation nous rappellent la mise en ordre logique étudiée précédemment. Comme le souligne Jean BAUDRILLARD, « l'individu aujourd'hui est moins aliéné par le fait qu'on sait tout de lui que par le fait qu'on le sollicite de tout savoir sur lui-même. Là est le principe d'une servitude nouvelle et définitive. »¹ Ce qui est demandé aux cliniciens via cette évaluation, c'est avant tout de s'autoévaluer, de « bien se connaître » pour améliorer ses différentes « capacités »². Lors de l'évaluation, il faut garder en tête que les fonctions de l'évalué nécessitent, comme le souligne Isabelle ASTIER, conjointement « connaissance de soi, compréhension des autres, capacité à écouter et à établir une relation de qualité. »³ Chacun est ainsi enjoint à dire « ce qu'il pense de lui-même, de la qualité de son travail, des problèmes qu'il a rencontrés, de ses limites, de ce qu'il ne supporte pas, ce qui le fait craquer, ce qu'il doit améliorer chez lui »⁴. « Tout se passe en effet comme si le monde moderne avait engendré un formidable renversement de la charge de la preuve. Ce n'est plus à l'entreprise de surveiller les ouvriers. Ce sont aux ouvriers de démontrer à l'entreprise qu'ils ont bien fait leur tâche »⁵. Le clinicien doit montrer qu'il peut s'adapter à tout un ensemble de contraintes et de paradoxes, c'est-à-dire être malléable pour passer dans des univers aux logiques différentes : formation (se former) et former (tutorat), soigner et avoir le sens des économies, faire face à l'imprévu et respecter les procédures, adhérer aux projets et faire adhérer le patient à son projet, etc. A chaque fois, il est demandé au clinicien de reconnaître de quoi est faite la situation pour ensuite activer les propriétés qu'elle exige de lui permettant d'adopter des modes d'action ajustés. L'adaptabilité ici nécessite qu'il traite sa propre personne « à la façon d'un texte que l'on pourrait traduire dans différentes langues »⁶. Il ne doit pas seulement se conformer au protocole, mais aussi dire qui il est à travers ce protocole, ou qui il veut devenir, comment il se l'approprie, quels sont ses objectifs, quels sont ses projets. Il doit assurer et assumer ses responsabilités, et en rendre compte.

¹ Cité par Isabelle ASTIER, (2007), *op. cit.*, p. 100.

² La politique d'évaluation consiste en la mise en œuvre d'un cadre procédural visant « à créer des opportunités permettant à chacun d'assumer le maximum de risques dans une visée promotionnelle et réalisatrice (comme le montrent les politiques soutenant la logique de la *capability* ». Pour « Amartya SEN (2000) [...] la « capacité » d'accomplir des fonctionnements entre lesquels un individu peut choisir pour accomplir des modes de vie possibles est au cœur non seulement de sa liberté mais aussi de son bien-être. D'où l'importance de lui permettre de développer l'ensemble des « capacités » qui lui donneront la possibilité potentielle de réaliser des ensembles de fonctionnements allant de l'élémentaire (se nourrir, se loger, être en bonne santé...) au complexe (estime de soi, dignité, participation à la vie collective...). » SOULET M.-H., (2005), *op. cit.*, p. 91. Pour un développement de la notion de *Capability* cf. aussi NUSSBAUM M., (2000), *Woman and Human Development. A study in Human Capabilities*, Cambridge, Cambridge University Press.

³ ASTIER I., (2007), *op. cit.*, p. 100.

⁴ *Ibid.*

⁵ COHEN D., « La polyvalence dans le travail est-elle toxique ? », *Esprit*, janvier 2000, n°1, p. 68.

⁶ BOLTANSKI L., CHIAPELLO E., (1999), *op. cit.*, p. 110.

D'un point de vue critique (avec les limites méthodologiques qui sont les nôtres puisque nous n'avons pas décrit l'usage réel de ces évaluations), il nous semble qu'il y a dans ces injonctions un mode de responsabilisation destructeur. Dans le cadre de ces entretiens d'évaluation, là où il s'agit d'écouter les individus et leur trajectoire (professionnelle, mais aussi personnelle avec des demandes sur des compétences personnelles¹), l'évaluateur (dont on ne sait plus très bien de qui il s'agit puisque tout le monde est finalement à la fois évaluateur et évalué) finit par imposer une posture professionnelle qui n'opère qu'au travers d'une injonction souvent destructrice de responsabilisation. Le clinicien évalué se retrouve responsabilisé de l'extérieur, là où jusque-là, il plaçait de l'intérieur (par lui-même) sa responsabilité. Nous pouvons pressentir, mais cela mériterait d'être mieux observé, que cette manière de se tenir à l'autre rebondit d'un niveau hiérarchique à l'autre jusqu'à rebondir dans la relation d'aide directe avec le patient. Là, le clinicien peut alors, dans sa manière d'élaborer le projet de soin, éducatif, de sortie, de vie, etc.², reproduire la manière dont lui-même a été entretenu. L'on passe très sournoisement d'un besoin légitime de reconnaissance des individus comme sujets de droits (droit à être considéré comme une personne, droit à la dignité) par l'accompagnement, à un modèle professionnel poussant à la rédaction d'un projet, assisté bien souvent par écrit ; l'on demande de remplir des objectifs, de signer des contrats, ou parfois même on écrit ce projet à la place de la personne (cf. Emilio lors de sa sortie de l'unité « Epidaure » du CAP). Il y a alors, lors de ce passage de l'écoute de l'autre à la mise en écrit du projet, un changement de pratique clinique qui passe de l'accompagnement à l'assistance. Si on peut voir ici un certain processus de pédagogisation des relations sociales, plus encore, il nous semble qu'il y a là une injonction contradictoire dans laquelle on place les individus, censés se tenir de l'intérieur là où, parfois fort paradoxalement, ils sont pourtant déjà, plus que jamais, tenus de l'intérieur. Nous rejoignons Danilo MARTUCCELLI lorsqu'il constate que c'est dans ce contexte qu'il faut à terme comprendre les problèmes de dépendances³. Clinicien et patient semblent être ici dans une situation analogue, activés par la même injonction à l'autonomie. Pour « devenir soi-même », permettre à sa véritable personnalité de se dévoiler, il faut pouvoir expérimenter. Et le projet devient l'instrument ad

¹ Comme le signal Bernard GAZIER, « à long terme, il s'agit de fabriquer des travailleurs capables de rompre avec la subordination et de se réappropriier leur parcours professionnel. » GAZIER B., (2003), *Tous sublimes. Vers un nouveau plein emploi*, Paris, Flammarion, p. 122.

² Cf. supra chap.3.III.2. *La non-demande : une mise à l'épreuve de la logique du projet.*

³ « Pour un SDF, à suivre certains témoignages, la dépendance, voire l'autodestruction par l'alcool, peut se révéler une façon de revendiquer une manière de se tenir de l'intérieur, surtout une manifestation d'indépendance vis-à-vis du travail social, là où l'hébergement de secours introduit un modèle par lequel l'individu est tenu de facto de l'extérieur, dans ces endroits-institutions où il perd toute liberté. » MARTUCCELLI D., (2002), *op. cit.*, p. 101-102.

hoc. « [...] [Le projet] permet d'assurer une certaine permanence à l'idée que l'on se fait de soi tout en autorisant de se lancer dans une grande diversité d'expériences. Le projet est, par définition, révisable, malléable, sujet à toutes les modifications et changements de cap possibles. Il garantit une marge de flexibilité importante puisqu'il faut, pour mener à bien un projet, être capable de s'adapter à son environnement, en tirer parti, et donc il faut aussi savoir laisser tomber un projet irréaliste ou encore le modifier substantiellement. Cette culture du projet signe l'avènement d'une nouvelle normativité reposant sur l'action, prônant l'implication de tout un chacun. Il s'agit de « faire faire » et non plus de « penser à la place de ». Il faut accompagner au cas par cas, « faire avec » [la personne en situation de précarité] tout en affirmant éviter de [la] contraindre. Il s'agit de [la] laisser expérimenter afin qu'[elle] apprenne à travers ses essais et ses erreurs. Avec le projet, c'est bien la norme de l'implication qui s'impose et ses pratiques incitatives, misant sur l'activation des usagers, de leurs affects, de leurs ressources et de leurs liens. »¹ L'injonction à l'autonomie n'est jamais bien loin de l'injonction à l'authenticité comme nous avons commencé à le voir dans la forme d'intervention de type *expert ignorant*, il y a chez le clinicien en posture de coordination un idéal du moi, comme disent les psychologues, une norme sociale du « devenir soi » qu'il nous faut maintenant décortiquer.

2. Authenticité et maîtrise de soi : l'« idéal du moi » du clinicien en posture de coordination

Le clinicien en posture de coordination apparaît comme un être spontané, comme un tacticien par opposition au stratège dont les manœuvres sont trop visibles et peuvent effrayer. A travers les évaluations des pratiques professionnelles, on sollicite le désir en permanence chez le clinicien : désir de réussite, goût du challenge, besoin de reconnaissance, récompense du mérite personnel. Comme le souligne Vincent De GAULEJAC alors que dans l'entreprise hiérarchique, « le désir était réprimé par un Surmoi sévère et vigilant » dans la logique du projet, dans l'entreprise managériale, « le désir est exalté par un Idéal du Moi^[2] exigeant et

¹ ASTIER I., (2007), *op. cit.*, p. 118.

² Idéal du moi : Terme employé par Freud dans le cadre de sa seconde théorie de l'appareil psychique : instance de la personnalité résultant de la convergence du narcissisme (idéalisation du moi) et des identifications aux parents, à leurs substituts et aux idéaux collectifs. En tant qu'instance différenciée, l'idéal du moi constitue un modèle auquel le sujet cherche à se conformer. LAGACHE D. (dir), (1968), *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF, p. 184. Nous mobilisons ici cette notion qui appartient à la psychanalyse afin de comprendre comment la pathologie sociale, que peuvent constituer l'authenticité et le *self contrôle*, se réfère au « degré d'intensité » des composantes d'un idéal moral. Comme DURKHEIM le proposait, il s'agit pour nous de mieux comprendre le

gratifiant »¹. Il s'agit bien de devenir soi-même en trouvant dans cette logique le lieu de l'accomplissement de soi-même.

A l'hôpital aujourd'hui, à travers les EPP et les entretiens de progrès, tout semble se passer comme si l'on cherchait à contrôler, non pas seulement l'activité physique mais également l'activité mentale. Il s'agit de se dévouer « corps et âme » : « sur le plan psychologique, on passe d'un système fondé sur la sollicitation du Surmoi, le respect de l'autorité, l'exigence d'obéissance, la culpabilité, à un système fondé sur la sollicitation de l'Idéal du Moi, l'exigence de l'excellence, l'idéal de toute-puissance, la crainte d'échouer, la recherche de satisfaction narcissique. La faiblesse, l'erreur, le contretemps, l'imperfection, le doute, tout ce qui caractérise l'humain « normal », n'ont plus lieu d'être. La gestion prône l'idéal dans un monde sans contradiction. L'idéal n'est plus un horizon à atteindre, mais une norme à appliquer. Faute de pouvoir le réaliser, et devant le déni de sa vulnérabilité, chaque [clinicien] est constamment pris en défaut d'insuffisance [la note C reçue au CSMP par les experts de l'HAS]. Puisqu'il ne peut jamais être à la hauteur des performances attendues, il se vit comme incapable, incompetent ou insuffisamment motivé. C'est lui qui devient responsable des défauts du système (Dujarier, 2004). »²

Dans ce contexte, certaines infirmières du Centre d'Accueil Permanent du CPA avouent avoir déjà bien assez de peine à respecter le cadre procédural de leur travail « *sans pouvoir en faire plus pour le moment* »³. Elles affirment chercher avant tout à respecter les objectifs et recommandations fixés par l'institution sans prendre le temps d'en discuter les principes. L'adhésion totale aux objectifs et aux valeurs de l'hôpital permet à des cliniciens qui n'auraient pas beaucoup d'estime d'eux-mêmes de trouver un cadre rassurant fournisseur de self-control. La maîtrise de soi revient alors en force dans la relation d'aide, maîtrise qui vient nourrir l'inauthenticité que nous avons mise en évidence lors de notre étude du clinicien qui *oriente*.

De plus, cet idéal de maîtrise peut être étayé par une forte tradition de contrôle de la relation de transfert issue de la psychanalyse et ce par le biais notamment des groupes de supervision

rapport que les individus entretiennent avec les normes sociales, et plus précisément celle du degré de pression normative que la société exerce sur les individus, pression normative qui se donne à voir dans ce que les psychologues appellent idéal du moi. « Il n'y a pas d'idéal moral qui ne combine, en des propositions variables selon les sociétés, l'égoïsme, l'altruisme et une certaine anomie [...]. Mais que l'un d'eux viennent à dépasser un certain degré d'intensité au détriment des autres, et [...] il devient suicidogène en s'individualisant. » DURKHEIM E., *Les Règles de la méthodes sociologiques*, p. 363, cité par RENAULT E., (2008), *op. cit.*, p. 251.

¹ De GAULEJAC V., (2005), *op. cit.*, p. 93.

² *Ibid*, p. 94.

³ Cf. supra chap.3.II.1. *Se rapprocher, autonomiser, trier : les visées des interventions cliniques*.

et d'analyse de la pratique où le clinicien peut ressentir le fait de travailler son authenticité. Par exemple, cette infirmière qui lors d'une réunion clinique dans un CMP ne sait plus trop comment prendre soin d'une personne en situation de précarité :

L'infirmière : « Physiquement, je le trouve pas trop mal, mais j'avoue que c'est difficile de le revoir comme ça, comme si rien n'avait avancé, il pleure tout le temps, ce n'est pas facile pour les autres patients non plus. »

Le médecin superviseur d'obédience lacanienne : « Oui mais lorsqu'un patient pleure, il ne s'agit pas de lui donner des oignons, vous êtes d'accord ? »

L'infirmière : « je vous écoute, c'est vous le docteur ! »

Le médecin : « vous êtes dans le quotidien avec les patients. Il s'agit ici d'observer le quotidien et sa réalité psychique. Quel est le vécu fantasmatique des uns et des autres ? Qu'est-ce que vous fait ressentir ce patient ? Quel fantasme, il vient faire émerger en vous ? Il faut aller au rythme du patient, on suit, on ne précède pas. Et pour ça, il faut que vous soyez consciente de ce qui se joue subjectivement dans votre relation avec lui. »

Extrait d'observation d'une réunion d'équipe dans un CMP, 20 juillet 2006.

Le clinicien engagé dans les situations auxquelles il est confronté doit être en capacité de travailler sa subjectivité. Les propos du médecin dans l'extrait ci-dessus peuvent alors résonner avec ceux tenus dans le contexte de l'Entretien de progrès. Dans les deux cas, il est attendu du clinicien qu'il puisse « lâcher prise » et « explorer ses fantasmes ». Dans la logique du projet, cela peut être réinterprété sous l'injonction à « contrôler son lâcher prise », ce qui n'est sans doute pas l'intention du médecin superviseur qui s'inscrit dans une perspective lacanienne.

Une fois autonome dans sa capacité à maîtriser et à lâcher prise, à s'adapter aux situations qu'il rencontre, le clinicien en posture de coordination est en mesure d'établir les critères qui lui semblent pertinents pour penser l'autonomie de la personne en situation de précarité :

« Engagement vers l'autonomie

Critères quantitatifs

nombre d'initiatives personnelles : démarches, consultations

espacement des rencontres avec l'agent de santé

nombre de rappels téléphoniques

nombre d'accompagnements médicaux

Critères qualitatifs

capacité à faire/aller/décider seul,

prendre un rendez-vous seul, aller seul, gérer seul,

identifier un nouveau problème

être capable de s'adresser directement à la personne susceptible de l'aider

capacité à amorcer une action visant à améliorer l'hygiène de vie ; arrêt du tabac,

alimentation, sport

prise en charge de l'administratif

inexistante, ignorée

dépendante d'une tierce personne (agent de santé ou autre personne)

lecture du courrier et classement
véritable gestion
carte vitale, CMU mise à jour
émergence de projets »

Extrait du document « Critères d'évaluation 2004 » du Projet « Déclic Santé ».

Le clinicien donne ici à voir qu'il évalue le patient, voire qu'il évalue la capacité du patient à s'autoévaluer.

3. L'authenticité comme réponse au besoin de reconnaissance

Alors que traditionnellement, la culture de la protection repose sur une conception passive de l'intégration¹, la culture de l'individualité demande à l'individu d'être lui-même, d'être actif et de vouloir expressément s'insérer ou de se soigner : « Elle le somme d'avoir des exigences, des besoins singuliers, des désirs ». Nous sommes ici dans la logique d'Etat actif providence ou encore d'Etat social actif comme nous l'avons vu en introduction : « Il ne s'agit plus de se discipliner, de se conformer mais de vouloir se réaliser, de dire qui l'on est ou qui l'on veut devenir, de brandir une identité et d'exiger qu'elle soit respectée et reconnue. Ces demandes biographiques multiformes constituent une vaste fabrique des individualités. Les individus doivent se constituer en personnes authentiques. Authenticité contre reconnaissance, tels semblent être désormais les termes du contrat social. »²

Nous pouvons penser que les cliniciens de la précarité, comme les personnes en situation de précarité, sont les sujets des dispositifs de protection au sens où la présence de l'un comme de l'autre révèle ce que Charles TAYLOR nomme un « besoin de reconnaissance »³. La

¹ En effet, comme le souligne Isabelle ASTIER, « inscrire des individus dans des structures sociales stables suppose que l'incorporation de la norme se fasse sans discuter. C'est la société disciplinaire. » ASTIER I., (2007), *op. cit.*, p. 184.

² *Ibid.*

³ « L'absence de reconnaissance ou la reconnaissance inadéquate [...] peuvent constituer une forme d'oppression ou emprisonner certains dans une manière d'être fautive, déformée et réduite. [...] Le défaut de reconnaissance ne trahit pas seulement un oubli du respect normalement dû. Il peut infliger une cruelle blessure en accablant les victimes d'une haine de soi paralysante. La reconnaissance n'est pas seulement une politesse qu'on fait aux gens : c'est un besoin vital. » TAYLOR C., (1997), *Multiculturalisme : différence et démocratie*, Flammarion, Paris, p. 42, cité par FRASER N., (2005), *op. cit.*, p. 17.

Axel HONNETH va dans le même sens lorsqu'il souligne que : « Nous devons notre intégrité [...] à l'approbation ou la reconnaissance d'autres personnes. [Des concepts négatifs comme « insulte » ou « dégradation »] sont liés à des formes de mépris, au refus de la reconnaissance. [Ils] sont utilisés pour caractériser des formes de comportement qui représentent une injustice pas simplement parce qu'ils entravent la liberté d'action des sujets ou leur causent du tort. De tels comportements sont injurieux également parce qu'ils portent atteinte à la capacité de ces personnes de développer une compréhension positive d'elles-mêmes, compréhension qui s'acquiert par le biais de l'intersubjectivité. » HONNETH A., (1992), « Integrity et

reconnaissance ne posait pas de problème lorsque l'identité de la personne était largement déterminée par sa position sociale. Le principe qui lui donnait sens ne tenait pas à ses activités ou aux rôles qui lui étaient dévolus, mais à la place qu'elle occupait dans la société. L'identité prenait appui sur des catégories sociales que tout le monde tenait pour acquises. La reconnaissance allait de soi. Le problème pour l'individu contemporain est qu'il doit construire son identité et qu'il ne dispose pas de reconnaissance *à priori*. « Il doit se la mériter à travers l'échange, et elle peut échouer »¹. La nouveauté n'est pas le besoin de reconnaissance en tant que tel, mais la possibilité qu'il puisse ne pas être satisfait. Un nouvel idéal moral s'impose, celui de l'authenticité et avec lui, de nouvelles préoccupations surgissent. L'individu contemporain considère qu'il y a une façon d'être humain qui lui est propre. Il doit vivre sa vie de cette façon et non pas imiter celle des autres. S'il n'est pas sincère envers lui-même, il rate sa vie².

Alors que l'impératif d'authenticité s'impose aux cliniciens en posture de coordination via les logiques de projet, d'évaluation des pratiques professionnelles et d'entretien de progrès, en venant à la fois encadrer leur processus d'individuation, et la morale de leur intervention clinique, en se faisant bon médiateur, bon tacticien, ils sont en même temps contraints de mettre en œuvre une relation basée sur l'hypocrisie et donc, sur une certaine forme d'inauthenticité. Ainsi nous rejoignons la critique formulée par Philippe CORCUFF, selon laquelle « le néo-capitalisme activerait une tension entre l'augmentation de la demande d'authenticité et des soupçons croissants d'inauthenticité. L'individualisation néo-capitaliste stimule le besoin d'authenticité, dans le domaine de la production (la quête de relations professionnelles plus « authentiques ») et de la consommation (la recherche d'une tonalité plus « authentique » pour les produits consommés). Or, ce que Boltanski et Chiapello appellent « la marchandisation de la différence » fait peser sur les prétentions marchandes de l'authenticité des soupçons d'inauthenticité (ne nous vend-on pas du faux « authentique » standardisé pour de simples raisons commerciales ?). »³ Comme Amélie POULAIN, les cliniciens en posture de coordination se sentent investis d'une « mission » (et on les investit

disrespect : Principles of a Conception of Morality Based on the Theory of Recognition", *Political Theory*, 20, 2, mai, p. 188-189, cité par FRASER N., (2005), *op. cit.*, p. 18, les crochets sont de Nancy FRASER.

¹ TAYLOR C., (1992), *Grandeur et misère de la modernité*, Montréal, Ed. Bellarmin, p. 65.

² « Être sincère envers soi-même signifie être fidèle à ma propre originalité, et c'est ce que je suis seul à pouvoir dire et découvrir. En le faisant, je me définis du même coup. Je réalise une potentialité qui est proprement mienne. Tel est le fondement de l'idéal moderne d'authenticité, ainsi que des objectifs d'épanouissement de soi ou de réalisation de soi dans lesquels on le formule le plus souvent. » ASTIER I., (2007), *op. cit.*, p. 15-16.

³ CORCUFF P., dans CORCUFF P., ION J., DE SINGLY F., (2005), *op. cit.*, p. 140.

de cette « mission »), celle de sauver cette « communauté »¹ en créant des relations plus authentiques² qui, en favorisant la mise en visibilité et l'utilisation des ressources des individus, permet de les faire gagner en autonomie.

¹ Dans le même ordre d'idée Marcelo OTERO souligne qu'« il n'est toutefois pas étonnant que la poursuite multiforme de l' « inadaptation » qu'incarnent de nombreuses stratégies d'intervention psychosociale débouche sur la nouvelle utopie d'une société d'individus adaptés « subjectivement » à leurs environnements respectifs et « branchés » convenablement à leurs réseaux sociaux fournisseurs légitimes de soutien social. Il s'agit de traquer l' « inadaptation » (et avec elle souvent toute forme de conflit) à l'intérieur du « corps social » en l'étouffant dans sa virtualité au sein des populations « non cliniques », c'est-à-dire de la « communauté ». De la contestation globale et pacifique de l'humanisme thérapeutique, non des sociétés de classe mais de la société de consommation et des institutions normalisantes, on aboutit à la contestation globale de la contestation et du conflit par la promotion de la valeur de l'adaptation individuelle à l'environnement comme condition de possibilité de la santé mentale et même... du bonheur. La « poursuite scientifique du bonheur » ne constitue qu'un des visages, caricatural certes, de cette utopie hygiéniste. » OTERO M., (2003), *op. cit.*, p. 287.

² De SINGLY F., (2003), *op. cit.*, p. 201.

III. (Reprise) La critique des rapports de domination : un moyen de prolonger la pratique de *care* dans l'épreuve de la clinique par projets

L'activité du clinicien en posture de coordination consiste à concevoir des projets ou à s'intégrer à des projets initiés par d'autres, comme nous l'avons déjà observé dans notre étude de l'activité de réticulation du CSMP¹. Il s'agit de thématiser les multiples formes de prise en charge offertes à l'individu en situation de précarité (thérapeutique, familiale, sociale, éducative, etc.) et pour ce faire, de maintenir les liens avec d'autres professionnels (clinique en réseau). La principale activité du clinicien en posture de coordination est la rencontre avec les institutionnels qui participent au cadrage de sa propre pratique clinique (comme dans le cas des Evaluations des Pratiques Professionnelles) ou des pratiques cliniques des professionnels du parcours sanitaire et social de la personne (comme dans le cas du Projet santé publics en difficulté de Belley). Cette rencontre vise pour lui à associer des partenaires jouant un rôle stratégique institutionnel, appartenant à des territoires différents (secteurs psychiatriques, circonscriptions d'action sociale, cantons, communauté de communes, etc.) autour du territoire du parcours de vulnérabilité des personnes en situation de précarité. La posture de coordination relève de la même pratique clinique que dans la forme d'intervention de type *écologie*. Le clinicien travaille les cadres d'intervention permettant d'ajuster les supports cliniques au parcours de la personne. Pour ce faire, il part du point de vue des acteurs de terrain et de leurs propres difficultés à agir auprès de ces personnes. Il cherche à mettre en œuvre un dialogue permettant d'identifier les ressources, en termes de dispositifs, les plus à mêmes de répondre à la fois à la problématique des personnes, à celle des professionnels de terrain et à celle des institutions.

Dans cette tentative de dialogue, la posture de coordination donne à voir une tension liée à des épreuves de standardisation des pratiques cliniques (Projet santé publics en difficulté, Evaluation des Pratiques Professionnelles) et des épreuves liées à la volonté de « protéiformiser » la clinique (par exemple comment ne pas « cibler » des « *publics spécifiques* » alors que c'est demandé par les financeurs). Si la coordination peut constituer, dans une perspective clinique, un moyen d'accéder à la diversité des prises en charge et d'en agencer les supports autour de la personne, en même temps, dans ses essais de traduction en langage santé publique, elle positionne la clinique au risque de l'impératif gestionnaire. Le clinicien en posture de coordination est donc celui qui doit trouver l'équilibre, grâce à une

¹ Cf. supra chap.2.II. *Connaître les partenaires à travers des activités d'étayage et de réticulation.*

certaine vigilance critique, entre, d'une part, une démarche de recherche de reconnaissance auprès des financeurs et des institutions, et d'autre part, une démarche de redistribution des supports cliniques ajustée au territoire des parcours des personnes en situation de précarité.

Cet équilibre ne va pas de soi. Nous pouvons observer comment, dans le projet « *publics en difficulté* » de Belley, la nature de l'accompagnement à mettre en œuvre initialement (« écoute », « création d'un lien social ») s'efface progressivement devant l'opérationnalisation du projet (mise en ordre logique et institutionnelle). « Cibler », « fractionner », « faire entrer dans des cases » pour répondre à la logique des financeurs ne permet plus de répondre à la logique des attachements et du parcours de vulnérabilité de la personne en situation de précarité. Ici, ce n'est pas l'institution qui s'adapte aux besoins de la personne mais à la personne et aux cliniciens de son parcours de vulnérabilité de s'adapter aux nouvelles exigences de l'organisation, qui réclame moins de rigidité et plus de flexibilité, et ce, quitte à ce que l'individu concret disparaisse de l'intervention, laissant la place à un individu abstrait (« *publics en difficulté* ») circulant sur un territoire de santé publique qui ne correspond qu'à une logique de financement.

L'impératif gestionnaire prône à travers des processus sans cesse renouvelés d'auto-évaluation, l'autoperfectibilité. Tout le dispositif d'activation du clinicien par l'impératif gestionnaire (mise en ordre logique, mise en ordre institutionnelle, responsabilisation, autoévaluation) vise en même temps à activer la personne en situation de précarité en la rendant « gestionnaire de sa maladie »¹. Ce faisant, nous voyons apparaître un individu idéal, selon cet impératif gestionnaire, dont le profil correspondrait à une certaine version du clinicien en posture de coordination : homme d'action, flexible, adaptable, leader dans ses relations amont et aval, transgressif, efficace, pragmatique, bricoleur, opportuniste, intuitif, talentueux, connexionniste, à l'aise dans le flou et le désordre. Nous tenons là les clefs de l'insertion, comme celle de la « bonne » coordination. Le clinicien doit pouvoir s'auto-évaluer et donc se connaître pour améliorer ses différentes « capacités ». Il ne doit pas seulement se conformer au protocole mais dire qui il est à travers ce protocole. Il doit être plus authentique s'il veut accéder à plus d'autonomie. Il doit se maîtriser lui-même tout en se conformant aux bonnes pratiques, qu'il doit faire siennes. Il doit laisser l'authenticité s'imposer à lui pour qu'elle vienne à la fois encadrer son propre processus d'individuation et la morale de son intervention clinique. Enfin, il obtiendra de la reconnaissance (souvent en termes de

¹ BARBOT J., (2002), *op. cit.*

financement de ses projets) s'il s'exécute à reproduire l'injonction à l'autonomie par cette authenticité contrôlée.

Le référent du CSMP est un clinicien en posture de coordination. Cependant, il est conscient, dans une certaine mesure, de sa condition face à l'impératif gestionnaire. Pour tenter d'en prendre distance, il se fait critique et porte parole, une posture forcément mal reconnue par les évaluateurs des bonnes pratiques professionnelles (l'HAS) et pourtant qui fonde sa pratique de *care*.

Nous avons vu qu'en tant que clinicien, les référents du CSMP transportent la parole de ceux qui en sont privés (les « sans voix »¹) et pour lesquels ils sont entrés dans la lutte (lutte contre la précarité et l'exclusion sociale). Mais, l'objet de la lutte ne s'arrête pas là. Les résistances à entrer dans la logique du projet et son impératif gestionnaire, montrent que le référent puise également sa faculté d'agir dans une critique des rapports de dominations dans lesquels il est pris. Nous avons déjà relevé la critique des référents du CSMP contre le pouvoir de la psychiatrie mandarinale ou de l'impératif gestionnaire². Au CSMP, les « dominés » ne sont pas toujours ceux qui font l'objet de la pratique clinique des référents, les « sans part » ou autre « sans voix ». Les « dominés » sont également les cliniciens eux-mêmes qui se disent de plus en plus « *démunis* » ou eux-mêmes « *dans la précarité* »³. Si l'action directe du CSMP auprès des personnes en situation de précarité n'apparaît pas, selon les experts de la Haute Autorité de Santé (HAS) dans l'Évaluation des Pratiques Professionnelles du CSMP, c'est parce que cette action peut apparaître masquée par la critique des rapports de domination. L'objet de l'évaluation du CSMP porte en effet sur la stratégie de l'intervention clinique du dispositif, stratégie qui agit comme un plaidoyer contre les rapports de domination existant au sein même de la psychiatrie, entre les cliniciens de la précarité et ceux qui, plus puissants, tiendraient des positions de domination (HAS, méthodologues, consultants). L'intervention clinique du CSMP relève donc d'un double engagement : celui d'un engagement pour les personnes « dominées » parce qu'en situation de précarité (ce sont les personnes pour qui le clinicien est censé entrer dans la lutte) et celui d'un engagement pour les cliniciens « dominés » (ce sont les professionnels qui, dans les CMP, n'ont pas ou peu la parole ; les cliniciens de la précarité). La réflexivité critique de ces rapports de domination devient ainsi

¹ Cf. supra chap.3. *Une clinique qui demande beaucoup d'adresse(s) : l'exemple de la prise en charge d'Émilio.*

² Cf. supra chap.2.I.2. *Les référents du CSMP : des informateurs à l'écoute des problèmes*

³ Cf. supra chap.3.

une des activités principales qui relient les référents du CSMP entre eux. Elle est partout, elle constitue le socle de toutes les actions du CSMP.

Nous pouvons observer que cette réflexivité critique est rarement portée sur la scène publique. Il n'existe, par exemple, aucun document présentant de manière exhaustive la politique et les actions du CSMP, aucun organigramme, aucun document de référence (jusqu'à fin 2007). « *Penser est un luxe nécessaire en psychiatrie qui ne peut se faire que dans la clandestinité* »¹ constate souvent Mr TABARY lors des réunions plénières. « *Je ne souhaite pas qu'il y ait un document de référence du CSMP car cela prendrait la forme d'un protocole qui détruit la pensée en même temps qu'il construit l'outil.* »² Les référents du CSMP ont pour mission de porter une parole qui se caractérise justement par le fait de ne pas être autorisée à être portée puisqu'elle s'oppose à l'impératif dominant. Si l'enjeu de leur lutte est de l'exprimer, la transgression devient donc le moyen de l'intervention clinique³.

Le fait de s'autoriser à penser, et parfois à agir, en débordant l'autorité ou en jouant le mauvais élève (note C de l'HAS), permet aux cliniciens du CSMP de trouver une raison d'agir en leur nom propre. L'engagement des référents du CSMP semble proportionnel au dégageant « institutionnel ». Autrement dit, la lutte contre la précarité et l'exclusion sociale, en tant qu'intervention clinique adéquate pour eux, nécessite à la fois une critique des cadres institutionnels de l'intervention et une capacité à s'autoriser des débordements (de sa mission, de son mandat).

A travers leurs critiques, les référents du CSMP se transforment alors souvent en « lanceurs d'alerte »⁴ et « tireurs d'alarme »⁵ c'est-à-dire en agents d'une institution qui en viennent à dénoncer de l'intérieur, les défaillances de celle-ci. Comme nous allons le voir dans le chapitre suivant, ces débordements trouvent leurs sources en partie d'une extension de leur propre souffrance ressentie dans leurs activités quotidiennes en lien avec l'impossibilité de s'exprimer sur des conditions d'exercice insupportables, sur des positions intenable, sur des impuissances à agir les conduisant à ce qu'ils appellent eux-mêmes des impasses. La relation

¹ Extrait du cahier de notes personnelles. Mr TABARY, réunion plénière, 22 décembre 2006.

² Extrait du cahier de notes personnelles. Mr TABARY, réunion plénière, 26 janvier 2007.

³ A propos de la transgression cf. aussi un article, apprécié des référents du CSMP, de Jean FURTOS, « Transgression validée. Ou : de l'intelligence de l'action », dans LAVAL C., RAVON B. (coord.), *Réinventer l'institution*, Rhizome n°25, 2006, p. 55-57.

⁴ CHATEAURAYNAUD F., TORNAY D., (1999), *Les Sombres précurseurs : Une Sociologie pragmatique de l'alerte et du risque*, Paris, Editions de l'EHESS.

⁵ BERNSTEIN M., JASPER J.-M., « Les tireurs d'alarme dans les conflits sur les risques technologiques! entre intérêts particuliers et crédibilité », dans la revue *Politix*, Paris, Hermes Science, n° 44, 1998, p. 109-134.

d'aide possède selon eux un caractère inaliénable lié au fait que le mouvement transfert/contre-transfert ne soit pas « évaluable » dans le cadre de la logique du projet.

C'est donc à partir d'un souci concret pour les personnes en situation de précarité, souci qui émerge dans un contexte de difficultés partagées d'expression et d'une volonté commune de parler en son nom propre, que les référents du CSMP se réunissent. Le regroupement n'est pas perçu ici comme une modalité d'effacement des différences mais bien au contraire comme un support permettant l'expression de la solitude de chacun. Si les référents se vivent isolés dans leur secteur respectif, ils espèrent bien le rester. C'est en effet de cette solitude, qui est pour eux un gage d'autonomie, que part leur activité critique qui les réunit au CSMP. Ils peuvent, dans cette instance, exprimer leur refus de voir la logique du projet supplanter la clinique des attachements.

Telle pourrait se dessiner, à travers les arguments de l'engagement des cliniciens en posture de coordination, l'éthique de leur pratique clinique : une appropriation critique d'une démarche clinique dominante (la psychiatrie managériale, l'impératif gestionnaire) par des cliniciens qui s'identifient comme étant dominés. L'engagement des référents du CSMP se caractérise ainsi par la mise en problème de l'accès à l'expression publique à la fois de leur « misère de position » en tant que cliniciens « dominés » (ils sont aussi agents ordinaires de l'institution) et de leur « misère de condition »¹ dans laquelle ils exercent leurs actions. Par exemple, Mr TABARY n'a de cesse de répéter que la psychiatrie n'est plus un lieu de soin mais un lieu de gestion de la crise : « *Aujourd'hui, on ne fait que de la prévention. Il s'agit de prévenir la crise et si par malheur elle arrive quand même on entend de plus en plus à l'hôpital « on n'a pas le temps de, on n'a pas l'argent pour, c'est pas à moi de ». On ne fait plus de soin. On sort de l'hôpital parce ce qu'on n'est plus en crise, pas parce qu'on n'est plus malade.* » (Mr TABARY, réunion plénière du CSMP, 1 décembre 2006). Les référents du CSMP se mobilisent donc bien souvent non pas seulement contre la précarité mais contre leur propre domination, faisant alors de la psychiatrie mandarinale et de l'impératif gestionnaire l'objet de la lutte. Et c'est bien par cet engagement de cliniciens en posture de coordination, militant pour la reconnaissance des attachements de la personne, qu'ils trouvent le pouvoir de lutter pour que la clinique du territoire du parcours de vulnérabilité ne soit pas

¹ BOURDIEU P., (1993), *op. cit.*, p. 13-17.

remplacée par une clinique par projets, dont l'impératif gestionnaire redistribuerait les supports cliniques sur un territoire standardisé de santé publique.



CHAPITRE 7 – LA POSTURE D’INDETERMINATION ET L’EPREUVE DE LA CLINIQUE DES ATTACHEMENTS

Prenant conscience du fait que les justifications de son action par la logique du projet sont liées à un corpus de valeurs à la fois socialement approuvé (qui constitue la norme) et qui, en même temps, fait souffrance chez les personnes qu’ils reçoivent (car entamant le respect par la disparition de l’individu concret - chapitres 3 et 5), un certain nombre de cliniciens s’inscrivent dans un refus catégorique de toute visée de soin par le projet. Comme nous l’avons vu dans les chapitres 2 et 3, lorsque la clinique prend pour objet les attachements de la personne, il s’agit alors plutôt pour les cliniciens d’établir et de « *maintenir* » une relation de soutien, la plus continue et contiguë, à ces vies vulnérabilisées¹. Pour les cliniciens de la précarité, le respect de l’autonomie de la personne que sous-tend cette posture de « *maintien* » n’implique aucune condition préalable d’accès au respect mais s’articule plutôt à la reconnaissance des attachements traversant le parcours de vulnérabilité de ces vies différentes².

Dans ce contexte, nous cherchons à savoir comment cette pratique de *care* se constitue-t-elle à travers une clinique des attachements sans condition, un « *soin inconditionnel* » comme disent les cliniciens³, au risque sinon de revenir aux formes les plus admises de la normalité ? A quelles épreuves les cliniciens de la précarité sont-ils confrontés lorsqu’ils cherchent à prendre une posture où il ne s’agit plus de mettre en place, ou même de sortir, d’une relation reposant sur des projets mais de reconnaître les attachements de la personne en se laissant guider par elle et, ce faisant, en prenant la même posture d’indétermination ?

L’hypothèse de ce chapitre est que la pratique de *care*, élaborée par les cliniciens de la précarité, participe d’une démarche plus radicale qui porte sur ce que Avishai MARGALIT a nommé une « société décente »⁴. La décence, en effet, ne se programme pas, ne se « projetise » pas. Impossible de l’anticiper et de l’instituer artificiellement dans des cadres logiques sans engendrer de nouvelles formes de disqualification.

¹Cf. Mme LABORDE, chap.3.III.4.*La répétition des situations d’impasse : une mise à l’épreuve des actions d’étayage* ou encore Mr HUNTER, chap.2.II.1.*Le Réseau Santé Mentale Précarité de Bourg-en-Bresse : vers une écoute collective du parcours des personnes en situation de précarité.*

² Cf. supra chap.3.IV.*Lorsque le parcours de vulnérabilité d’Emilio dessine la constellation de la prise en charge sanitaire et sociale.*

³ *Ibid.*

⁴ MARGALIT A., (1999), *La Société décente*, Paris, Climats.

Note méthodologique sur ma posture de recherche

Ce chapitre, parce qu'il touche au cœur de l'engagement des professionnels de la précarité pour le maintien d'une pratique de *care*, est celui qui a nécessité le plus gros travail de « décadrage » par rapport à ma posture de psychologue clinicien. Je me suis retrouvé ici un peu dans la position de l'ethnologue indigène, à la manière de Nels ANDERSON lorsqu'il se proposa d'étudier les hobos¹. Etre un observateur « impliqué », l'implication étant liée au partage d'une même communauté d'expérience, présente le risque d'être exposé sans cesse à la dilution des disciplines ; sociologique, anthropologique et psychologique. Cela est d'autant plus compliqué lorsque cette dilution est, elle-même, un risque de l'épistémologie observée puisque, comme nous avons déjà commencé à le voir dans le chapitre 5, certaines méthodes de la sociologie (l'ethnographie notamment) semblent constituer des ressources pour agir (sans qu'elles ne disent cependant leur nom) chez les cliniciens de la précarité. Cette observation m'amène à faire une petite parenthèse plus générale à ce chapitre sur ma posture de recherche.

Cette thèse de sociologie, parfois à la limite de se confondre avec ses objets (la psychologie et la santé publique), véhicule une déstabilisation disciplinaire miroir à deux reflets, celui de l'épistémologie de la clinique de la précarité et celui de ma professionnalisation en tant que psychologue et coordinateur de cette clinique de la précarité. La difficulté pour moi a été que pour effectuer pleinement cet immense détour qu'a constitué ce travail de thèse avant de revenir mieux armé vers la clinique (armé moi aussi de la sociologie et de ses méthodes), il a fallu que je renverse le sens de cette déstabilisation épistémologique et en faire une ressource pour la recherche. La « sociologie de la clinique du social » qui constitue une épistémologie ressource, parce que réflexive et pragmatique, pour les cliniciens², a ainsi constitué un guide me permettant d'aller au bout de mon lent et graduel « frayage » postural (au sens psychanalytique du terme), tout sauf disciplinaire, de sociologue qui cherche dans cette posture une professionnalisation hybride à visée clinique.

I. Institutionnaliser le provisoire

1. Du contexte à la posture d'indétermination : se laisser guider par autrui

Le projet d'équipe mobile déposé à la DDASS par le CSMP à la fin de l'année 2006 donne à voir comment s'élabore une posture d'indétermination. Ce projet est en partie centré sur ce que les référents du CSMP, sous l'impulsion de Mr TABARY, appellent « *le trajet du patient* ».

¹ « ... Encore fallait-il être capable d'entrer en contact avec les individus, de susciter leur parole, de les pousser à évoquer leur histoire : c'est ici que l'on devine à quel point l'appartenance intime d'Anderson à la population hobo dut lui faciliter la tâche. Il put... puiser dans sa connaissance des expériences vécues pour inventer des tactiques de relations et d'interview. » ANDERSON N., (1993), *op. cit.*, p. 13-14.

² En effet, comme nous l'avons vu dans l'introduction de cette thèse, à la manière de l'analyse du contre-transfert chez les psychanalystes, c'est elle qui permet de décrypter les relations complexes, affectives et rationnelles, qui se jouent entre la clinique et le social, lorsque la première prend pour objet le second.

« LE TRAJET DU PATIENT

Le trajet du patient pris en charge par l'Equipe Mobile, peut se définir en quatre phases, dont le découpage n'a qu'une valeur schématique.

1-PHASE de SIGNALEMENT

L'identification de l'Equipe Mobile auprès des organismes concernés sera assurée préalablement par une campagne d'information auprès du plus grand nombre de partenaires du monde social, associatif et soignant. Celle-ci indiquera qu'ils pourront signaler toute personne nécessitant des soins psychiatriques ou psychologiques, et se trouvant en une situation sociale détériorée au point de : (1) Soit expliquer à elle seule la pathologie, et notamment la réticence aux soins, (2) Soit révéler ou aggraver une pathologie psychique indépendante, (3) Soit pénaliser l'accès aux soins pour des raisons de moyens, ou des difficultés d'orientation au regard de l'organisation des soins dans le département. Le signalement peut venir de : (1) Structures sociales : CMS, Circonscription d'action sociale, CLI (notamment Psycho RMI), CHRS, Résidences sociales, Maraude, CROIX ROUGE, CCAS, CHOC'CHAUD. (2) Structures de soins : centres hospitaliers généraux par le biais de leur PASS, CPA (CAP, CMP, Unités de soin), établissements de convalescence. (3) Structures administratives : DDASS, MDPH. (4) Structures de prévention et d'insertion : missions locales, service social scolaire, médecine du travail. Cette liste est purement indicative et reflète plutôt l'état des lieux actuel. L'Equipe Mobile se considérera d'emblée mobilisable par toute instance intervenant dans le domaine psychosocial (désormais désigné sous le terme : le signalant).

2-PHASE d'EVALUATION

Le professionnel contacté est en principe l'infirmier local de l'Equipe Mobile, qui est bien identifié. Ce peut être l'Equipe Mobile directement, en son siège (médecin, secrétaire), qui mobilise l'intervenant compétent. Au terme du premier échange avec le signalant, une rencontre avec la personne est programmée.

Trois cas de figure : (1) Le contact direct est possible : il se déroule de préférence avec le signalant, sur le lieu souhaité ou accepté par le patient, dans les délais les plus courts. Il s'agit de « l'entretien pré thérapeutique ». Des mesures urgentes peuvent être prises (hospitalisation, consultation rapprochée), (2) Le contact direct avec la personne n'est pas possible, mais il est maintenu avec le professionnel qui a signalé. (3) Le contact est rompu. Dans les trois cas le travail d'évaluation a lieu. Il porte sur deux points : (1) La nécessité de soins et leur nature, (2) La faisabilité du soin : en fonction des problèmes matériels, et du niveau d'adhésion de la part du patient: diagnostic de « soignabilité ». Sauf urgence, la situation est évoquée, et la conduite à tenir arrêtée, au cours de la réunion de coordination de l'Equipe Mobile, à laquelle le signalant est invité. Une orientation est définie. Un contact est établi avec la structure de soin vers laquelle orienter le patient, quand le moment sera venu. Dans le cas où le contact est rompu, le suivi se poursuivra néanmoins sous la forme de recueil d'informations, facilité par le travail en réseau. Sauf si le patient a fait connaître son opposition formelle. La réunion détermine en outre si d'autres membres de l'Equipe Mobile (psychologue, médecin, assistante sociale) doivent intervenir : (1) soit auprès du patient ou de son entourage, (2) soit auprès du signalant ou de la structure sociale, (3) soit auprès de la structure de droit commun vers laquelle l'orientation est souhaitée.

3- PHASE d'ACCOMPAGNEMENT

Elle n'est pas limitée dans le temps. Elle consiste à accompagner le patient vers le soin : (1) soit directement, voire matériellement, au terme de rencontres et d'établissement d'une relation de confiance, (2) soit indirectement, dans un travail commun avec le professionnel ou la structure qui garde un lien avec le patient, en apportant un éclairage clinique, ou par la connaissance des possibilités et modalités d'accès au soin. La phase d'accompagnement consiste également à intervenir auprès

des structures soignantes afin de faciliter l'accès au soin, dans le cadre des exigences spécifiques de cette pathologie, telles qu'elles sont résumées dans la « CHARTE d'ACCUEIL des PERSONNES DEMUNIES ». On peut prévoir que dans nombre de cas, cette phase préliminaire n'ira pas au-delà, et qu'en fait le seul lien qui tiendra, sera celui établi avec l'infirmier de l'Equipe Mobile ; lequel se trouvera, de fait, en situation de soignant, sans jamais passer par les structures de droit commun. Cette situation sera préservée sous la responsabilité médicale du médecin responsable de l'Equipe Mobile.

4-PHASE de SUIVI

Dans le cas où l'action de l'Equipe Mobile aboutit à un soin effectif, l'infirmier ou le référent du patient au sein de l'équipe mobile, s'assurera du suivi du patient pendant et après les soins. Cette phase sera extrêmement délicate, compte tenu du fonctionnement actuel des hospitalisations, en milieu général comme psychiatrique, ainsi que de l'attitude des patients. Elle ne peut se procéduriser. Elle imposera de : (1) se conformer aux modes de fonctionnement des équipes soignantes, (2) obtenir, autant que faire se peut, que soient définies clairement, et si possible au terme d'une synthèse avec l'équipe soignante, les modalités du suivi médical et notamment la date et les modalités de sortie, (3) veiller à l'articulation avec les services sociaux, qui prendront le relais, afin que les possibilités de suivi soient effectives (PASS), (4) veiller à ce que le signalant, notamment s'il s'agit d'un hébergeant, soit préparé à accueillir le patient à sa sortie. L'objectif étant que ne se perde pas le bénéfice du soin, voire simplement le lien social, rétabli. Bien entendu tout au long de ce cheminement, le référent de l'Equipe Mobile pourra se mettre en relation avec l'équipe de coordination, qui s'organiserait de sorte à être joignable en permanence pendant les horaires de travail. Toute première intervention sera signalée sans délai au CIP ou au médecin. Un dossier sera ouvert dans tous les cas, qui répondra aux normes du Dossier du Patient, dans le cas où celui-ci est effectivement contacté ; il comportera notamment les comptes-rendus des réunions cliniques. Pour les cas de suivi indirect, voire au bénéfice de patients non identifiés, un autre type de dossier sera ouvert, dont les spécificités seront établies avec le DIM et le service QUALITE du CPA.

Extrait du projet Equipe Mobile Santé Mentale Précarité 2008 (c'est nous qui soulignons).

La première mouture du projet d'Equipe Mobile Santé Mentale Précarité, réalisée en 2006 par les membres du CSMP, a été élaborée, non pas à partir d'un objectif général décliné en objectifs spécifiques et opérationnels mais à partir du « *trajet du patient* ». La logique mobilisée ici n'appartient pas à celle que nous avons mise en évidence dans le chapitre précédent. Contrairement à la logique du projet qui nécessite un contexte de détermination contraint par un enchaînement de causes définies dans/par un « *cadre logique* », la logique du « *trajet du patient* » est caractérisée par l'indétermination de l'action à mettre en œuvre. Cette indétermination est donnée à voir à travers les nombreuses mises en condition de type « *si... alors si...* » ou « *soit (1)... ou (2)... ou (3)...* » qui parcourent ce texte ou encore à travers tout un ensemble de précautions : « *Découpage schématique* » du trajet du patient, « *liste purement indicative* » des structures signalant, phase d'accompagnement « *non limitée dans le temps* », phase de suivi ne pouvant être « *procédurisée* ». Ces différents éléments

d'énonciation, dont le contenu cadre l'action, viennent signaler que l'indétermination est une épreuve, tant objective que subjective, à laquelle doit répondre le clinicien confronté à la précarité.

Nous avons vu dans le chapitre 5 que, pour le clinicien, face au processus de précarisation, ni les règles du jeu, ni les normes sociales sont cohérentes parce qu'elles sont obsolètes, invalidées ou tout simplement étrangères, non communes, non partagées. La faiblesse des régularités et l'opacité des règles d'action propres au processus de précarisation produisent de l'imprévisibilité, de l'indétermination dans l'agir des cliniciens tant il est difficile d'anticiper et le résultat de l'action (phases de signalement et d'évaluation) et l'action en retour (phases d'accompagnement et de suivi) des personnes en situation de précarité. Nous pouvons dire que la fragilisation, en quelque sorte, des dispositifs et des pratiques cliniques tentant de traiter le processus de précarisation se caractérise par une absence de prévisibilité et une évanescence des cadres normatifs qui structurent et régulent leur action. Comme le répète souvent le responsable du CSMP, il s'agit « *d'institutionnaliser le provisoire* », ou encore de faire de l'incertitude un principe d'action. Il s'agit de prendre « *sans arrêt les chemins de traverse, sans postuler à l'avance la direction qui sera prise* »¹, se laisser guider par la personne en situation de précarité. L'instabilité structurelle d'une telle posture, que nous qualifions artificiellement « d'indétermination », dans le montage d'un dispositif repose sur une mouvance de règles engendrant un déficit de régulation qu'il faut pourtant combler afin de répondre aux injonctions des financeurs à entrer dans la logique du projet. C'est ce qui est tenté, et négocié, dans ce court texte à travers les nombreuses références à des principes directeurs tels que la « *Charte d'accueil des personnes démunies* » ou par l'utilisation d'un ton qui peut paraître procédurier. Une tension entre une procédure de forme et une indétermination de fond parcourt ce texte, comme elle parcourt la clinique de la précarité. Lors de mes premières rencontres avec le CSMP, j'ai éprouvé pendant plusieurs mois des difficultés à cerner les actions du CSMP. Outre le fait que j'ai pu assez rapidement être rassuré en partageant ce sentiment avec d'autres nouveaux venus, il me semblait que je tenais là une caractéristique essentielle du dispositif. La multitude et le flou apparent des activités du CSMP traduisent le manque de cadrage organisationnel (via un organigramme par exemple) venant stabiliser l'action. Ce n'est pas que les cliniciens du CSMP ne possèdent pas les compétences de cadrage nécessaire à cette stabilisation ou encore, qu'ils ne soient pas

¹ Extraits du cahier de notes personnelles. Propos de Mr TABARY, réunion plénière du CSMP, 1 décembre 2006.

organisés, c'est que l'indétermination, à la fois structurelle et existentielle, de cette clinique constitue une ressource pour l'action.

Pour que cela puisse tenir dans le temps, il ne s'agit pas, pour les cliniciens de la précarité, de placer au centre de l'action la réduction de l'indétermination et de l'incertitude, la réintroduction de la prévisibilité, il s'agit plutôt d'instaurer de la confiance dans les relations que la personne en situation de précarité peut avoir avec autrui, ce qui passe avant tout par la mise en place d'une relation de confiance entre les professionnels et leurs institutions de rattachement. Dans un contexte d'indétermination permanente, la confiance s'apparente en effet autant à un but qu'à un moyen de l'agir. Cela donnera à voir par exemple des discussions constantes autour des questions du secret professionnel/partagé¹ ou autour des fiches de liaison (parfois informatique) qui circulent entre les institutions sanitaires et sociales. Dans un contexte de précarité, c'est l'indétermination relative des finalités collectives à poursuivre qui tend à devenir aujourd'hui la norme.

« Dans cette clinique, il n'est pas de choix qu'entre rien, et la représentation primitive, fugace, incertaine, suggérée par la « trace », le fragment. [...] il s'agit d'accepter de construire une parole à visée interprétative sur du flou, du vague, de l'informel. »

**Colette PITICL, psychologue clinicienne,
analyste de la pratique des psychologues RMI du département de l'Ain,
et intervenante lors de la journée du 31 mai 2007 organisée par le CSMP
sur le thème de « L'impasse psychosociale ».**

¹ Comme le signale à de nombreuses reprises Mr TABARY, « Fortement défendue jadis, la notion de Secret Médical se dissout lentement du fait de la nécessité d'inscription, de gestion, d'identification qui s'empare du monde médical, s'autorisant du décret de Mars 2002, qui donne accès aux dossiers. Ce qui fait que c'est surtout de ce côté qu'elle est menacée. La demande de renseignements précis ne vient plus du social, comme cela était le cas il y a quelques années, mais bien du médical qui a du mal à supporter l'anonymat, dont on nous rappelle qu'il est limité aux toxicomanes et aux interruptions volontaires de grossesse. Mais cette valeur reste à défendre pour son à priori thérapeutique, gage de confiance et de professionnalité reconnue ; même s'il semble que les réticences des personnes à décliner leur identité se réduisent (moins de 25 %). » Bilan de l'activité des psychologues RMI de l'Ain. Année 2006. Rédigé par Mr TABARY, p. 2.

Ou encore lors de sa lecture du livre de Sylvie QUESEMANT ZUCCA : « Chez les professionnels du monde du « social », secret et intimité sont également malmenés, quand ils ne sont pas niés. Le secret professionnel s'adapte, au prix de contorsions délicates, pour devenir « secret partagé ». Celui-ci consiste à permettre à plusieurs interlocuteurs d'échanger des informations sur une personne. Mais les codes de déontologie qui régissent cette notion ne sont pas les mêmes selon qu'on est engagé dans la prévention (les travailleurs sociaux) ou dans le curatif (les soignants). Prenons un exemple : je dis, en tant que soignante, à X, travailleur social, que monsieur P. a fait de la prison avant d'arriver en centre d'hébergement. X, sous le sceau du secret, le répète à Y ; il y a de fortes chances que Y, aussi honnête soit-il, se sente libéré du secret partagé, car il est trop éloigné de ce qui a constitué le nœud ultime du pacte, d'autant plus que ce pacte n'est pas le même. Tout le monde va donc savoir que monsieur P. a fait de la prison, que celui-ci le veuille ou non. Entre-temps, la vraie question – celle de savoir en quoi pouvait être intéressante la transmission de cette information – a été omise. La transmission est devenue automatique. » QUESEMANT ZUCCA S., (2007), *op. cit.*, p. 110, lue par Mr TABARY lors d'une réunion plénière du CSMP (29 juin 2007).

« Avec la précarité, on ne peut pas être cartésien. C'est une réalité complexe, une logique floue. C'est pareil qu'avec les arbres finalement. Les botanistes n'arrivent pas à définir ce qu'est un arbre (grand, dur, mou), mais faut-il pour autant raser les forêts ? »

Mr TABARY, réunion plénière du CSMP, 1 décembre 2006.

2. L'« impasse psychosociale » comme socle de l'agissabilité

« Oui, mais tu sais que notre constat d'échec il est quand même commun. Regarde ce matin [faisant référence à un débat ayant eu lieu lors d'une réunion plénière du CSMP], à un moment donné tout le monde coince, pour les mêmes problèmes d'ailleurs. Le réseau ne répond pas à tout. Lorsqu'on est dans l'échec, on est dans l'échec. Il y a des gens qu'on ne peut pas sauver à tout prix. Tu vois, celui qui est dans la rue et qui est précaire depuis quatre ans, tu peux tout faire, tu peux mobiliser tout le monde, tu ne le sors pas de là. Ça, c'est un vrai échec. Si, la priorité est au niveau du patient, il faut garder ça en tête. Quelque soit notre posture professionnelle, il faut, ça j'en suis persuadée pour rester soignant, que notre volonté à tous c'est de mettre le patient, l'usager, tu l'appelles comme tu veux, la personne à soigner, au centre des débats. Et tant qu'on est dans des débats institutionnels, de pouvoir, de « c'est pas moi c'est l'autre », et bien on ne répond pas à la question : qu'est-ce qu'on fait pour lui et qui peut faire quoi ? Parce ce que tant que tu es autour du patient il n'y a pas de problème, même s'il y a des échecs, ce n'est pas grave. Mais on doit se mettre autour de la personne et dire voilà il a peut-être besoin d'un logement, de régler son problème d'alcool, de soins et d'accompagnement psychique, il a peut-être besoin d'une assistance sociale pour régler ses courses, je ne sais pas... Tout ça c'est juste, et il faut qu'on arrive à dépasser nos querelles de clochers pour répondre aux besoins de la personne. Parce que se quereller en plus d'avancer sans visibilité, c'est vraiment fatigant. » (Entretien individuel avec Mme PARTSON, cadre infirmière de proximité dans un CMP, référente au CSMP).

Nous avons vu qu'une des limites caractérisant la posture de coordination consistait à trop s'adapter à la logique du projet, ce qui entraînait par rebonds hiérarchiques successifs l'activation des individus en situation de précarité dans la relation d'aide. Cette limite n'est pas présente dans cette posture d'indétermination. Elle ferait basculer le processus d'individuation contenu dans la relation d'aide du côté de la perfectibilité, de l'injonction à l'authenticité, etc. Pour les cliniciens de la précarité, « une santé mentale suffisamment bonne peut être définie comme la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et

transformable, c'est-à-dire comme la capacité de vivre avec autrui en restant en lien avec soi-même, sans destructivité mais non sans révolte. »¹ Pour eux, comme l'avait déjà expliqué CANGUILHEM, « l'individu sain n'est pas l'individu adapté mais l'individu normatif, c'est-à-dire capable de créer de nouvelles formes de vie en réponse aux événements qui traversent son expérience. »² Plutôt que de s'adapter au projet du patient/bénéficiaire/usager, le clinicien en posture d'indétermination doit s'ajuster aux besoins de la personne.

Mais s'ajuster en permanence dans la relation, en situation (en temps réel), ne va pas de soi. Cela entraîne généralement une souffrance chez les cliniciens, un malaise³ dans la relation d'aide elle-même. Ce malaise peut être repris dans les espaces collectifs de réflexivité que constituent les Espaces-Rencontres ou les réunions de réseau par exemple. Mais il peut également user les cliniciens⁴ jusqu'à mettre à l'épreuve également ces actions d'étayage⁵. S'ajuster consiste alors, avant toute chose, à sortir d'une « éducation » au principe de réalité, sortir des logiques de l'espoir que véhiculent les projets de toutes sortes. Comme l'exprime René ROUSSILLON, un des référents théoriques des membres du CSMP, confronté aux états de détresse et à la souffrance psychique liés à la précarité sociale, le clinicien se trouve confronté à « l'impasse » du principe de réalité, à « l'impasse » de la norme courante. « Le problème est que, bien souvent, [le clinicien] se trouve confronté à des sujets qui ne sont plus habités par des logiques de l'espoir, c'est-à-dire chez qui le renoncement éventuel ne s'accompagne pas de l'idée d'un monde meilleur et de meilleur plaisir, ne s'accompagne pas de l'idée de bénéfices supérieurs à ce à quoi il faut renoncer. Le renoncement est vécu comme une perte, comme une perte « sèche », sans compensation, sans prix ou mesure de consolation. »⁶ Lors de toute rencontre avec une personne en situation de grande précarité, le

¹ FURTOS J. (dir), (2008), *op. cit.*, p.281.

² Cité par RENAULT E., (2008), *op. cit.*, p. 294.

³ Comme l'a repéré également Emmanuel RENAULT : « Le malaise éprouvé au contact des SDF par les passants comme par les intervenants confirme bien [...] la difficulté d'exprimer la souffrance : la grammaire des interactions ordinaires est orientée vers une valorisation intersubjective qui suppose toujours des formes de dissimulation de la souffrance. Comme le remarque Olivier Douville, « ces patients, pris dans le réel de l'exclusion, opèrent sur nous des levées de refoulement. Ils rendent notre rapport à notre propre corps embarrassant, gênant, peu supportable, ils contrarient énormément notre narcissisme » [DOUVILLE O., « « Mélancolies d'exclusion ». Quand la parole divorce du corps et retour » dans De RIVOYRE F., (2001), *op. cit.*]. Comme le relève Jean-Pierre Martin, « l'extrême dénuement, la souffrance exprimée, les violences de la rue dont ils témoignent affectent profondément l'interlocuteur comme des blessures existentielles, une sourde menace. Après ces rencontres, le mot qui revient à chaque fois est celui d'« épuisement ». [MARTIN J.-P., *Psychiatrie dans la ville*, p. 120.] » » RENAULT E., (2008), *op. cit.*, p. 364.

⁴ Cf. à ce sujet RAVON B. (dir.), DECROP G., ION J., LAVAL C., VIDAL-NAQUET P., (2008), « Epreuves de professionnalité - Repenser l'usure professionnelle des travailleurs sociaux », Synthèse de la recherche *Usure des travailleurs sociaux et épreuves de professionnalité. Les configurations d'usure : clinique de la plainte et cadres d'action contradictoires*.

⁵ Cf. supra chap.3.III.4. *La répétition des situations d'impasse : une mise à l'épreuve des actions d'étayage*.

⁶ ROUSSILLON R., (2006), *op. cit.*, p. 16.

contexte d'indétermination pose aux cliniciens des problèmes d'action difficilement surmontables dans la mesure où, comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, ce sont les cadres ordinaires de l'action qui sont rompus (il ne vient pas aux rendez-vous, ne formule pas de demande, etc.) et que toute tentative conduit généralement à l'échec ou à « l'impasse »¹ :

« Fréquemment, les professionnels qui interviennent dans l'espace « psycho-social », où la qualité de l'écoute ne vaut que si elle est indissociable de la réponse concrète, connaissent des moments où le défaut de solution rejette « l'aidant » dans un sentiment d'impuissance, d'épuisement de ses ressources et de doute sur la valeur de son engagement. Au-delà des petits procédés qui permettent de s'en dégager dans l'urgence, pas fier, ces situations où la souffrance de l'Autre se retourne sur celui qui est censé la soulager, suscitent des interrogations fondamentales. Celles-ci s'enfouissent d'abord dans l'angoisse de chacun, au mieux dans la résilience. Mais, de plus en plus, elles s'expriment collectivement ; sans attendre de réponse, bien sûr, mais souvent sans non plus trouver l'éclairage constructif, sinon libérateur. Toutefois des espaces nouveaux se sont ouverts, qui visent à faire reculer les limites de la compassion, de la présence, voire de l'humain. Dans des domaines voisins, on trouve, par exemple, les soins palliatifs, la lutte contre la douleur. Plus proche de nous, l'accompagnement, « l'aide à la vie », ou les tentes du canal St Martin. Tous champs d'actions qui se sont dégagés de la tyrannie du « réussir » : de la guérison, de la réinsertion socioprofessionnelle, de la normalisation. Mais à quel prix, et au moyen de quels ressorts psychiques ? Comment débusquer en soi les ressources pour poursuivre, supporter et élaborer l'identification à celui qui vous renvoie l'image de l'échec ? »

**Mr TABARY, extrait de l'argumentaire de la
Journée départementale Santé Mentale Précarité « L'impasse psycho-sociale
(Que faire quand on ne sait plus quoi faire ?) »
organisée par le CSMP le 31 mai 2007.**

Le thème retenu pour la journée d'étude organisée par le CSMP en 2007 « *L'impasse psychosociale : que faire quand on ne sait plus quoi faire ?* » traduit bien ce sentiment d'agir impossible². En situation d'impasse, les cliniciens de la précarité semblent croire qu'il n'est pas possible d'affronter la difficulté comme on le ferait en cherchant à affronter, à contourner, à négocier le problème comme nous l'avons vu dans la logique de la clinique par projets. Face

¹ Cf. supra chap.3.III.4. *La répétition des situations d'impasse : une mise à l'épreuve des actions d'étayage.*

² Le choix de ce thème a lui-même été l'objet d'un long processus d'indétermination. Pendant plusieurs mois, les référents du CSMP ont oscillé entre des réflexions allant de l'impuissance des professionnels (« *qu'est ce qu'il y a faire quand il n'y a plus rien à faire ?* », « *que faire quand on ne sait plus rien faire ?* »), aux conditions pratiques et tactiques de l'agir clinique (« *Comment traiter les problèmes de précarité dans l'urgence ?* », « *Comment travailler avec le manque ?* », « *Comment travailler sans rien attendre en même temps ?* » « *Comment travailler de manière bicéphale (soignants et travailleurs sociaux) ?* « *question du partage de l'information, question de la non hiérarchisation des savoirs* », « *Comment travailler ensemble sans donner le relais à quelqu'un d'autre ?* », « *Comment travailler en bas seuil d'exigence (pour les personnes qui ont été écartées de tout autre lieu) ?* », « *faut-il intervenir à tout prix ?* »), à la problématique clinique des personnes en situation de précarité (« *comment travailler la question de la mélancolie ?* », « *qu'est ce que la précarité ?* »). Extraits du cahier de notes personnelles. Réunions plénières de l'automne 2006 et printemps 2007.

à la précarité, le compromis ne semble pas jouable. Au contraire explique René ROUSSILLON, plus le clinicien cherche à affronter la conflictualité ou la difficulté, plus elles augmentent, plus elles se resserrent sur le clinicien et l'immobilisent, plus il se trouve dans l'impasse : « Les conflits sont (en effet) en fait organisés par des paradoxes, par des doubles ou multiples contraintes qui nouent la situation de telle sorte que tout effort pour en sortir ne fait que vous enfoncer un peu plus au cœur de celle-ci. La situation est « piégée ». La meilleure des choses à faire est d'éviter la difficulté, de fuir le conflit, de fuir le piège de la situation, car précisément elle n'a pas d'issue. Non pas qu'il n'y a pas d'issue « intrinsèquement », on peut toujours dénouer les pièges, mais que celle-ci suppose une tranquillité, une sérénité, en un mot une force que le sujet ne possède pas. [...] Ce qui peut devenir « psychopathologique », c'est de rester prisonnier des solutions ainsi mises en œuvre, de ne pouvoir revenir en arrière si les données de l'impasse se modifient, si celle-ci se résout d'une manière ou d'une autre, et ceci au-delà de l'inertie inévitable des processus humains. Ce qui peut devenir psychopathologique, c'est que le sujet se sente coupable ou honteux de les mettre en œuvre là où la plupart du temps il n'a guère eu le choix, ou plutôt il n'avait le choix qu'entre l'une ou l'autre des stratégies de survie, et entre des stratégies de survie et des stratégies de vie sous le primat du principe de réalité. Qu'il se sente coupable ou honteux parce qu'il ne supporte pas lui-même le recours à de telles procédures ou qu'il intériorise le regard négateur et désapprobateur de ceux qui représentent la norme habituelle, ceux qui jugent sans savoir, ceux qui placent leur idéal du moi au-dessus de tout processus d'empathie. »¹

Pour les cliniciens en posture d'indétermination, il faut donc sortir de la logique du projet, ne pas chercher à mettre en œuvre des « solutions » trouvées dans la normalité de la logique du renoncement pour au contraire explorer ce qui relève normalement de l'anormalité, ce qui semble logique dans les situations d'impasses existentielles. Il s'agit donc par exemple pour les cliniciens de prendre en compte la réalité du « *clivage au moi* », et donc la réalité de la demande croisée. Pour ce faire, ce qui constitue le socle de la pratique de ces cliniciens est l'expérience qu'ils font de leur impuissance à agir en contexte d'indétermination. Tout se passe comme s'ils étaient placés à la limite de l'« agissabilité »², et que cette confrontation leur permettait de rencontrer leur faillibilité. Nous avons rencontré beaucoup de pudeur à

¹ ROUSSILLON R., (2006), *op. cit.*, p. 17-18.

² FRANGIADAKIS S., dans CHATEL V., SOULET M.H., (2002), *op. cit.*, p. 53-60.

parler de cette faillibilité chez les cliniciens du CSMP, ou même chez ceux qui analysent leurs pratiques. Par exemple, Colette PITICI¹ avoue « *ne pas trop savoir si [elle] est psychothérapeute ou pas* » tout en parlant de son sentiment de honte : « *j'ai un peu honte d'imaginer que ce que je lui [la personne en situation de précarité] propose en soit une [psychothérapie]* », comme si dire que l'action était psychothérapeutique annihilerait tout effet psychothérapeutique. Nous ne pensons pas qu'il s'agisse de honte, il s'agirait plutôt d'une manière de ne pas réifier l'authenticité, de ne pas répondre à l'injonction d'authenticité.

En s'inscrivant contre le fantasme d'un monde bien policé, les cliniciens en posture d'indétermination réactivent la critique que l'on peut dire foucauldienne ou même spinoziste de la souveraineté. Pour eux, l'individu n'est pas souverain, il ne peut être souverain de lui-même et maîtriser son authenticité. Mais en même temps, il ne s'agit pas pour eux de dire que l'individu est condamné à la répétition et à la perpétuation de la domination ou de l'aliénation. Si l'individu est vulnérable, irréductiblement vulnérable, cette vulnérabilité est aussi la condition de possibilité de la maximisation de sa puissance d'agir. En appliquant cette conception de l'individu d'abord à lui-même, le clinicien doit pouvoir trouver dans sa pratique les supports lui permettant d'exprimer sa vulnérabilité et le mal être qui l'accompagne. Ainsi les Espaces-Rencontres, les réunions du réseau santé mentale précarité, les réunions plénières du CSMP partagent un même objectif : soutenir la vulnérabilité des cliniciens en posture d'indétermination, leur offrir un espace d'expression, constituer en quelque sorte les supports cliniques de narration des cliniciens.

Dans ces espaces de réflexivité, les analystes de la pratique par rapport aux analysés, les cliniciens intervenants par rapport aux répondants dans la salle, montrent qu'ils tentent et posent sans cesse des actions, de nature quasi tactique dont l'action *tisser des liens en créant des réseaux* constitue la tête de proue. Leur capacité à agir n'est donc pas anihilée par l'indétermination, bien au contraire, elle montre qu'elle tente de composer avec les propriétés intrasèques de ce contexte. Par exemple, lorsque le clinicien s'interroge ; « *comment supporter et élaborer l'identification à celui qui vous renvoie l'image de l'échec ?* »², c'est toute sa

¹ Nous rappelons que Colette PITICI est psychologue clinicienne, analyste de la pratique des psychologues RMI rattachés au CSMP, et intervenante lors de la journée du 31 mai 2007 organisée par le CSMP sur le thème de « L'impasse psychosociale ».

² Colette PITICI.

créativité d'agir qui est stimulée et qui semble être prête à se transformer et par là-même à se structurer sur le mode de l'indétermination.

Cette clinique des attachements rejoint alors la clinique par projets dans son pragmatisme. Pour l'une comme pour l'autre, il ne s'agit pas d'avoir une appréhension du problème, de la réalité, qui soit intellectualisée, « *ça ne s'apprend pas dans les livres* » entend-on souvent dire sur le terrain et il n'existe pas de solution préétablie. Bien au contraire pour appréhender cette indétermination, le clinicien doit être dans l'obligation de se confronter à l'expérience subjective et singulière de ses propres émotions en réaction à ce que l'autre provoque en lui-même. Autrement dit, la clinique des attachements ne s'apprend qu'à partir de la confrontation à l'impasse psychosociale et de l'expérience subjective qu'elle a permis d'ouvrir. Comme dans le « compagnonnage », l'apprenti clinicien est immergé dans le processus, il apprend par la pratique, par sa confrontation au terrain¹.

« Je pense au cours que va donner le Dr Mercuel à Paris sur la clinique de la précarité. Ils vont faire un DU, je crois Santé Mentale Précarité. Plus j'y pense et plus je me dis que ça va être insuffisant, complètement. C'est pas de la formation qu'il faut, c'est beaucoup plus. C'est de l'initiation. C'est un parcours initiatique. D'une certaine manière, il ne faut pas l'avoir vécu mais tout du moins avoir une conception suffisamment intense et intérieure à soi-même de cette souffrance-là pour pouvoir l'aborder. Alors je ne sais pas mais peut-être qu'il faudrait envisager une formation qui ne fasse pas l'économie de l'émotion. »

**Mr TABARY, lors de la journée « L'impasse psychosociale »
organisée le 31 mai 2007 par le CSMP.**

Parce que c'est l'expérience subjective qui oriente la posture d'indétermination, un peu comme dans la posture de coordination qui permet de tisser des liens entre plusieurs mondes professionnels, le clinicien en posture d'indétermination est précisément celui qui se montre capable de faire des liens entre des corpus doctrinaux et des zones d'expertises très différentes en fonction de ce qu'il ressent en situation, en fonction des attaches et des prises que lui amène la personne en situation de précarité.

¹ GUEDEZ A., (1994), *Compagnonnage et apprentissage*, Paris, PUF.

II. Les propriétés formelles d'un cadre d'action marqué par l'indétermination

1. Deux formes d'agencement réflexif : l'hétérogénéité et le métissage

« Je dirais que d'une façon générale au carrefour, on travaille avec les références théoriques des autres, justement parce qu'il y a une équipe pluridisciplinaire qui est présente dans les plénières et qu'à chaque présentation on apprend une autre façon de voir les choses, ce qui va retomber dans l'entretien avec la personne ensuite. L'intérêt, il est là. Et ce n'est pas pareil en CMP. Parfois, on organise des synthèses autour d'un patient qui est pris en charge par le CMP et le CATTP, donc c'est une synthèse avec médecin, infirmières référentes, psychologue, mais c'est souvent le médecin qui a le dernier mot. S'il pose un diagnostic psychiatrique, il n'y aura personne pour le contredire. Au carrefour, le psychiatre peut poser un diagnostic mais il y aura toujours quelqu'un pour amener autre chose, un autre point de vue psychanalytique, social, ethno, je ne sais pas. On peut parler de nos expériences personnelles des fois, par exemple j'ai fait de l'humanitaire et je ne suis pas là seule au carrefour, ça se sent. Du coup, quand je retourne au CMP, je sens bien qu'il y a une différence, et les personnes doivent elles aussi le sentir, on les enferme dans une seule pensée. » (Entretien individuel avec Mme PARTSON, cadre infirmière de proximité dans un CMP, référente au CSMP).

Les études des agencements réflexifs, des corpus doctrinaux de référence, que nous avons effectuées tout au long de ces chapitres¹ montrent qu'il existe différents degrés d'hétérocliticité (de pluralisme) dans les pratiques cliniques rencontrées.

Ces agencements réflexifs vont en effet d'une pluralité comme simple fait (cf. la mise en ordre faite des évaluations mobilisées dans le rappel de l'existant du projet santé de Belley²) à la prescription du pluralisme comme valeur (comme on peut le voir au CSMP à travers la mobilisation active de disciplines différentes³). En s'appuyant sur le principe de séparation, les pratiques cliniques rencontrées semblent parfois être fondées sur une clinique hétéroclite et dualiste, qui se limiterait à répartir les compétences des cliniciens entre des systèmes de

¹ Cf. dans les annexes de l'introduction le tableau récapitulatif des corpus doctrinaux de référence étudiés.

² Cf. supra chap.6.I.1.L'activation des formes organisationnelles de la clinique à travers la conception de projets : l'exemple du « SPEL Projet santé publics en difficulté ».

³ Nous avons été en effet frappés par le caractère protéiforme et hétérogène des références qui peuvent être mobilisées en provenance de nombreux domaines disciplinaires, de recherche et de réflexion, dans la construction de la démarche clinique du CSMP (cf. supra chap.2.I.4 concernant la présentation des cas cliniques en deuxième partie de « plénière »).

pensées qui restent autonomes les uns des autres. C'est le cas dans les services intrahospitaliers et les CMP où règnent encore quelques mandarins chefs d'orchestre qui séparent les fonctions, les disciplines, afin de mieux asseoir leur pouvoir. C'est la pratique distributive du diviser pour mieux régner. On observe alors dans ces institutions et dispositifs une pluralité de pratiques hétérogènes plutôt que du pluralisme. Dans cette forme « hétérogène » des agencements réflexifs, les corpus doctrinaux de référence ne sont pas reliés entre eux, chacun vaque à sa mission sans vraiment se soucier de ce que fait l'autre. Cette forme peut être considérée comme un ensemble de pratiques (qui font en général l'objet d'un cadrage procédural très strict) et de corpus théoriques juxtaposés, rendant impossible toute tentative de mise en lien interprofessionnel et donc de clinique en réseau.

Inversement, une certaine forme de métissage des agencements réflexifs apparaît dans les inventaires de différents corpus doctrinaux, comme nous pouvons l'observer au CSMP. Le terme de métissage que nous mobilisons ici fait référence aux travaux de François LAPLANTINE et d'Alexis NOUSS¹. Il s'agit généralement d'une liste des formes de relation d'aide possible, formes qui constituent des ressources disponibles pour l'action, compte tenu de contraintes situationnelles rencontrées sur la scène même de la relation agent/bénéficiaire, comme nous l'avons vu plus haut.

A titre d'illustration de la forme « métisse » des agencements réflexifs, deux tableaux présentant deux inventaires des corpus doctrinaux ont été reconstitués en cheminant auprès des référents du CSMP. Le premier a été placé dans les annexes du chapitre 2 (« Récapitulatif des interventions effectuées lors des « réunions plénières » (2002-2007) »), le second, ci-dessous, présente les textes et théories de référence du CSMP :

¹ LAPLANTINE F., NOUSS A., (1997), *Le métissage*, Evreux, Flammarion. Gilles HERREROS en résume le propos : « Le métissage est un mélange aux caractéristiques spécifiques. Il est le produit d'un assemblage et d'une articulation qui parviennent à mêler des éléments différents en les transformant sans les dissoudre. Ce qui est métissé n'est pas perdu ou dilué mais redécliné. Il n'y a pas là qu'une affaire de mots mais bien au contraire une distinction entre types de processus. Dans la musique andalouse, qui est métissée, se retrouvent des influences arabes comme des accents tziganes. Le flamenco est andalou, c'est-à-dire qu'il n'est ni arabe ni tzigane, pourtant il n'a effacé aucune de ses origines maures ou indo-européennes. Cette musique illustre ce que l'on peut entendre par métissage ; un type de mélange que l'on retrouve aussi bien dans les musiques afro-américaines (le blues) ou les danses afro-brésiliennes – telle la capoeira. [...] Tout mélange n'est pas du métissage, mais ce dernier suppose du mélangé, du déplacé, de l'articulé. » HERREROS G., (2008), *op. cit.*, p. 268-269.

Nature de la référence/Date	Titre de la présentation/de l'article	Auteur(s)	Théorie mobilisée
Article Février 1999	« Après la torture et l'exil : l'attente des demandeurs d'asile » in Le journal des psychologues n°164.	Bruyère B.	Clinique de l'exil, Psychanalyse.
Article Hiver 2001-2002	« Les metteurs en scène de l'interculturel » in Ecartés d'identité n°98.	Chaouite A.	Travail social et interculturelité : Castel, Haroche, Guattari, Deleuze, Honneth, Heidegger.
Présentation au troisième colloque européen des jeunes chercheurs Novembre 2001	« Réfugié, psychologue, interprète : spécificité d'un dialogue à trois. »	Denis S.	Médiation interculturelle, Clinique de l'exil.
Formation PRAPS Novembre 2002	Présentation « Le corps entre l'histoire individuelle et appartenance groupale » dans l'atelier « L'expérience de précarité : le corps, sa place et ses usages. »	Denis S.	Clinique de l'exil (Maqueda), Psychanalyse (Anzieu).
Charte de fonctionnement de la DRASS Février 2004	« Expérimentation Rhône-Alpes de l'hébergement des demandeurs d'asile. »	-	-
Article Avril 2004	« Traumas psychiques chez les demandeurs d'asile en France : des spécificités cliniques et thérapeutiques. » in Le Journal de Victimologie, n°2.	Baubet T, Abbal T, Claudet J, Le Du C, Heidenreich F, Levy K, Mehallel S, Rezzoug D, Sturm G, Moro MR.	Ethnopsychanalyse, Ethnopsychiatrie Clinique de la migration et de l'exil, Psychiatrie transculturelle, Clinique du traumatisme.
Article Mai 2004	« Les travailleurs sociaux face à l'étrangeté » in Actualités Sociales Hebdomadaires, n°2359.	Helfter C.	Le travail social face à l'interculturalité.
Atelier « Demandeurs d'asile et dispositif de santé mentale » Mai 2004	« La spécificité du psychologue dans les dispositifs pour demandeurs d'asile ? Quels dispositifs avec les psychologues seraient à promouvoir ? »	Bruyère B, Daviet O, Denis S, Fémelat-Bannet V, Masset G.	Clinique de l'exil.
	« Madame Linah, 47 ans. »	Ludain C.	Clinique de l'exil.
	Intervention de B.Piret sur 1-Le problème du traumatisme, de la sidération liée au traumatisme et des effets de l'attente, 2- Le poids des traumatismes collectifs sur la subjectivité, 3- La prise en compte de la culture dans la relation de soin.	Piret B.	Clinique de l'exil, Ethnopsychiatrie, Psychanalyse.
	Présentation du « Projet médical de consultations psychiatriques auprès des demandeurs d'asile de la région Lyon Nord-ouest. »	Ardiet G.	Psychiatrie, Clinique psychosocial, Clinique de l'exil.

	Présentation « Service médical de psychiatrie et de demandeurs d’asile. »	Bernard M, Levrat A, Grimaut MN.	-
	Présentation « L’ange à l’épée flamboyante, Approche de la névrose traumatique »	Masset G.	Psychanalyse (Freud, Dolto, Abraham, Jung).
	Présentation « La figure de la victime : de la reconnaissance à la victimisation »	Masset G, Denis-Kalla S.	Ethnopsychiatrie (Sironi F), Clinique de l’exclusion (Daligand L).
Article de journal Mai 2004	« L’accès aux droits des étrangers-menacé dans les centres de rétention. » in le Monde, 11 mai 2004.	Zappi S.	-
Article	« De la langue maternelle à la langue étrangère voix (es) multiples. »	Denis S, Moussaoui L.	Clinique de l’exil (Dahoun Z).
Article Décembre 2004	« Le SSAE », un exemple d’association de service social spécialisé pour les demandeurs d’asile.	-	-
2000 à 2007	28 numéros de la revue de l’ORSPERE « Rhizome »	Divers	Divers (sociologie, psychiatrie, psychologie, psychanalyse, travail social, etc.).

Tableau 11 : Présentation des textes et des théories de référence contenus dans le dossier « textes de références » du CSMP.

Le caractère hétéroclite des références théoriques et des formes d’actions énoncées dans ces inventaires de corpus doctrinaux (travail social, psychanalyse, ethnopsychiatrie, psychologie, psychiatrie, éducation spécialisée, sociologie) ne constitue pas, comme dans la forme « hétérogène », un frein au fait que les agents se conduisent par référence à des ressources partagées (la clinique psychosociale par exemple). Le statut de ces ressources pour l’action n’est ici pas le même que dans la forme « hétérogène ». Alors que, dans cette dernière, les ressources disponibles étaient (pré)déterminées par la norme institutionnelle du cadre d’action dans laquelle elles émergeaient (par exemple la logique du projet nécessite, comme nous l’avons vu une mise en ordre logique et institutionnelle qui relève principalement de la méthodologie de santé publique), elles sont présentes, dans la forme hétéroclite, sous le mode d’une disponibilité relative, une disponibilité qui ne peut être déterminée avant la rencontre entre le clinicien et la personne en situation de précarité (puisque cela va dépendre des prises amenées par la personne), et cela se rejoue à chaque rencontre.

Cette forme de non détermination, d’indétermination de la clinique, est rendue possible parce que ces différents corpus doctrinaux mobilisent un fond commun de compétences, cliniques mais aussi personnelles, partagé par tous ceux qui ont choisi de s’engager dans cette clinique à plusieurs. La seconde partie des réunions plénières du CSMP constituent en ce sens un

espace de formation continue pour les référents du CSMP où ils acquièrent les différents corpus doctrinaux constitutifs d'une clinique plurielle¹.

Présentes en tant qu'indétermination offerte au clinicien, ces ressources doctrinales ne semblent pas contribuer, comme dans la forme « hétérogène », à préfigurer un devenir de l'individu (le « *on l'enferme dans une seule pensée* » de Mme PARTSON ci-dessus), ces devenirs seraient trop contradictoires entre eux (les travailleurs sociaux cherchant par exemple à « relever les individus » alors que les psychologues chercheraient à « se mettre à l'écoute du sujet »²). Dans la forme « métisse », l'indétermination du devenir de l'individu paraît trop grande, la cohérence des ressources doctrinales mobilisées dans la relation d'aide ne semble pas forcément de mise (voir la contradiction des projets mis en place autour d'Emilio). En revanche, coexiste chez les cliniciens en posture d'indétermination, la volonté de maintenir un lien sous forme de possibles actualisables. L'ensemble de ces possibles actualisables, l'ensemble de ces indéterminations, semblent avoir une origine et des contours qui varient selon les supports cliniques mobilisés et les corpus doctrinaux auxquels ils sont rattachés. Par exemple, certains de ces supports véhiculent une forme d'universalisme concernant le fonctionnement du psychisme des individus. Il s'agit bien souvent des supports cliniques de narration qui, à travers l'écoute, mobilisent les corpus théoriques de la psychanalyse. Cependant, l'agencement de ces corpus doctrinaux donne à voir aujourd'hui des cliniciens qui pratiquent des formes d'intervention hétéroclites (divan + travail de rue + travail en réseau comme c'est le cas pour Mr HUNTER) qui, même si elles sont rapportées à une totalité de référence, constituent la source de compétences partagées. C'est ce qui se joue dans les groupes d'échanges de pratiques où, par exemple, le psychiatre va expliquer au travailleur social comment il s'y prend pour accompagner telle ou telle personne psychotique, telle personne en situation de précarité³.

Dans la forme « métisse » des agencements réflexifs, les cliniciens semblent croire que leur engagement dans des formes d'actions plurielles en capacité de mobiliser différents supports cliniques permet d'alimenter la bonne tenue de la relation d'aide. Il s'agit donc de s'ajuster au

¹ Cf. supra chap.2.I.4. *La présentation des cas cliniques en deuxième partie de « plénière » : un espace réflexif pour une clinique plurielle.*

² ION J., LAVAL C., RAVON B., dans CANTELLI F., GENARD J.-L., (2007), *op. cit.*, p. 157-168.

³ Cf. extrait de l'espace-rencontre CHRS-CMP du chapitre 5.I.2. *Les rapports pédagogiques de l'orientation et de l'adressage : d'une visée éducative à une visée d'égalité des intelligences.*

particulier (situationnisme) au regard de principes généraux (universalisme). Ainsi comme le constate également Emmanuel RENAULT, « la clinique de la grande précarité fait face à des objets qui mettent en question les paradigmes de la psychiatrie, de la psychanalyse et de la psychologie sociale. Même si une psychologie clinique d'inspiration psychanalytique semble s'imposer, rien ne permet de décider *a priori* comment former les hypothèses pertinentes. En outre, un certain nombre d'éléments du tableau clinique semblent devoir appeler des approches d'ordre psychosocial d'inspiration meadienne plus directement encore que des approches psychanalytiques. La référence à Winnicott permet parfois d'associer ces deux inspirations. »¹ C'est le cas pour Mr HUNTER, et aussi pour Mr NOMAD qui situent en permanence leurs actions dans des « *espaces transitionnels* »² et dans une temporalité du « *transitoire durable* »³.

Les ressources doctrinales mobilisées par les cliniciens ne peuvent être que d'une grande plasticité puisqu'elles dépendent totalement du contexte éminemment local et situationnel des supports cliniques qui entourent l'individu. Ces ressources doctrinales sont fonction des supports cliniques utiles dans l'ici et maintenant de la relation.

« Le caractère presque familial et non institutionnel de Déclic permet aux personnes de se sentir à l'aise, de trouver une écoute et un regard neutre (ce ne sont pas des malades, pas des RMIstes, pas des alcooliques...) »

Extrait de l' « Evaluation Déclic Santé », Fev-Oct 2002, p. 5.

¹ RENAULT E., (2008), *op. cit.*, p. 353. Cf. aussi la page 177 : « La problématique de la souffrance psychique est manifestement l'occasion d'une remise en cause assez radicale du savoir et des pratiques psychothérapeutiques. Lorsque les psychanalystes et les psychiatres interviennent auprès des victimes de la grande précarité, il leur faut accepter de mettre en œuvre des dispositifs thérapeutiques inédits [...] Ce sont, d'une certaine manière, les présupposés anthropologiques de la psychanalyse qui se trouvent remis en question puisque les troubles de la subjectivité rencontrés sur le terrain conduisent à substituer le modèle d'un « soi désaccordé » à celui d'un soi « inachevé » [LAVAL C., (2005), « L'extension de la clinique au sein du dispositif RMI », dans ION J., et al, (2005), *op. cit.*, p. 119-122]. C'est également la conception de la cure psychanalytique et les principes mêmes de la psychanalyse qui sont remaniés, puisque celle-ci est avant tout la théorie d'une pratique thérapeutique. D'anciens débats, comme celui de la « thérapie active » ou celui du rôle de l'agent, se voient ainsi relancés.

Plus fondamentalement, c'est la question des présupposés sociaux de la psychanalyse (de son « inconscient social ») qui se trouve posée : elle doit renoncer à la mise entre parenthèses du monde social que le divan prétend effectuer et affronter les atteintes psychiques des individus des classes subalternes alors même qu'elles n'entrent pas dans le cadre des formes de demandes classiques associées à la cure des névroses et à la prise en charge des psychoses. »

² Cf. supra chap.2.II.1 *Le Réseau Santé Mentale Précarité de Bourg-en-Bresse : vers une écoute collective.*

³ Cf. supra chap.3.IV. (*Reprise*) *Lorsque le parcours de vulnérabilité d'Emilio dessine la constellation de la prise en charge sanitaire et sociale.*

Elles s'inscrivent principalement dans le registre de la familiarité et relèvent de ce que Luc BOLTANSKI et Laurent THEVENOT désignent comme « savoirs du proche »¹, c'est-à-dire qu'elles constituent un ancrage dans un univers commun de pratiques et de sens au sein duquel des attaches personnalisées unissent les individus. Dans la forme « métisse », l'appartenance des cliniciens à un seul corpus doctrinal de référence n'a donc pas de sens. Elle semble être plutôt caractérisée par le double langage des compétences « communes » et des actes « possibles » dans un contexte où il s'agit d'appréhender l'indétermination.

Le métissage des agencements réflexifs semble être une compétence à faire tenir et fonctionner les supports des individus. Elle permet de faire émerger dans la relation d'aide ce qui est présent de fait en chaque clinicien, quoique non nécessairement activé en fonction des occasions limitées qu'offrent leurs engagements situés auprès des personnes en situation de précarité. La rencontre avec la personne en situation de précarité semble alors permettre de mettre en branle l'émergence de capacités plastiques à tisser du lien, de manière indéfiniment modelable. Dans cette forme d'agencements réflexifs, les cliniciens doivent être en mesure de supporter un certain flottement de leurs identités professionnelles. Ils se tiennent à la frontière où les limites de leurs identités professionnelles sont incertaines. L'ouverture à une autre forme d'entrée en relation, qui n'appartient pas, par exemple, à l'écoute traditionnelle que le professionnel a l'habitude d'offrir au bénéficiaire, se traduit par une disponibilité particulière qui permet au bénéficiaire d'investir l'espace social du clinicien pour y déclencher des processus de socialisation originaux qui consistent à faire des équivalences (entre des théories, entre des professionnels, entre des supports, entre des professionnels et des supports, des supports et des théories). En ce sens, le métissage des agencements réflexifs du clinicien semble constituer le ressort élémentaire de la clinique en réseau. C'est ce métissage qui lui permet de suivre et de se laisser guider au plus près de la personne dans son parcours de vulnérabilité et de mobiliser les supports cliniques appropriés.

¹ BOLTANSKI L., THEVENOT L., (1991), *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Editions Gallimard.

2. Fonder des formes et des principes de légitimation en cours d'action : le présentisme

A plusieurs reprises, nous avons évoqué le fait que le clinicien agit *en situation*, c'est-à-dire qu'il fonde les formes et les principes de légitimation de ses actions en cours d'action, en marchant en quelque sorte. Il s'agit alors de « *bricoler des solutions peu orthodoxes, sans lesquelles, pourtant, on risquerait de laisser le chaos s'installer sans contraintes* », d'être « *présent au présent* », « *ici et maintenant* »¹. Les cliniciens semblent être prêts à recommencer à chaque nouvelle rencontre ce qui a pourtant déjà maintes fois été tenté de construire². Face à l'urgence de la situation (il faut un toit pour ce soir, un médicament rapidement, de l'argent, etc.), urgence qui s'installe durablement, qui devient quasiment chronique, et face à leur sentiment d'impuissance à agir, les cliniciens disent ne plus pouvoir inscrire leur action dans le temps long de l'accompagnement ou de l'insertion³. Ils constatent alors l'emprise du temps présent dans la situation de rencontre, emprise qui signe la répétition du processus de précarisation. Pour la personne en situation de précarité, « le lien entre le présent et le futur semble être rompu, comme en témoignent ces projets complètement décrochés du présent et immédiatement démentis par lui ». [...] Si « l'aptitude à régler les pratiques en fonction du futur dépend étroitement des chances effectives de maîtriser l'avenir qui sont inscrites dans les conditions présentes »⁴ alors le temps de la précarité est un temps sans avenir. Rendre la vie précaire vivable, de ce point de vue, c'est réinscrire une logique des temps dans la vie elle-même. »⁵

Réinscrire cette logique des temps ne va pas de soi pour les cliniciens en posture d'indétermination. Et ce d'autant plus que cet accompagnement au présent est bien souvent critiqué de toutes parts⁶. Réduit au temps présent, c'est tout l'avenir de la relation d'aide qui

¹ Colette PITICI lors de la journée du 31 mai 2007 organisée par le CSMP sur le thème de « L'impasse psychosociale ».

² Cf. Mlle CLERC supra chap.3.III.3. *L'échec de la logique du projet : une mise à l'épreuve du réseau des intervenants*.

³ Cf. l'indignation des cliniciens relevée dans le chap.4.I. *Le cadrage clinique des pauvres et des malades : misère et dépossession (de soi)*.

⁴ BOURDIEU P., (1997), *Méditations pascaliennes*, Paris, Seuil, p. 263-265.

⁵ LE BLANC G., (2007), *op. cit.*, p. 59-60.

⁶ Comme le relève Bertrand RAVON, « trois types d'arguments peuvent ainsi être déployés. D'une part, les situations temporaires ou transitoires d'urgence s'enchaînant et devenant durables, le présent ne cesse de s'éterniser, avec pour effet l'installation des usagers dans une forme d'insertion paradoxale, « transitoire durable ». En notant que toute intervention d'urgence est nécessairement limitée dans le temps, du fait même de la réduction de l'intervention d'urgence à un objectif humanitaire plutôt qu'à des perspectives de justice sociale, les analyses critiques décrivent d'autre part le temps présent de l'urgence comme un temps d'attente plus ou moins illusoire, un temps provisoire qui ne fait que contenir les problèmes en reculant le moment où sera trouvée la solution convenable. Ce type d'analyse se retrouve notamment dans les travaux qui tendent à réduire

est placé sous le signe de l'indétermination *en même temps* que le passé, en l'absence de voix pouvant le raconter, se retrouve emmuré dans l'ici et maintenant. Les cliniciens en posture d'indétermination n'ont alors pas d'autre solution que de faire avec l'ordre temporel de la précarité (par exemple ne sachant jamais s'ils vont revoir la personne qu'ils accompagnent comme le signalait Mlle CLERC¹, se retrouvant pris dans l'impossibilité de jouer avec l'ordre du temps habituel de la modernité².

Les cliniciens sont alors mis à l'épreuve, en quelque sorte, par les personnes en situation de précarité à travers leur propre rapport au temps et seraient tiraillés entre deux ordres du temps : le *progressisme* et le *présentisme* : « Contre le temps de la doctrine chrétienne des fins dernières et avec l'ouverture d'un nouvel horizon d'attente qu'on a fini par appeler au 18^e siècle le Progrès, le monde moderne acquiert l'une de ses principales caractéristiques : un monde devenu perfectible, aménageable, transformable. Un monde où l'objectif de perfection ne relève plus seulement de Dieu et de la tradition mais est mis au service de l'existence terrestre et entre les mains des hommes. L'avenir change de visage : il est maintenant devant nous. La projection du regard vers l'avenir est immédiatement une élaboration critique du passé : le futur sera autre que le passé, c'est-à-dire meilleur : « Demain est un autre jour ». L'histoire est en marche vers l'humanité accomplie... On appellera ce rapport au temps le *progressisme*. Avec l'accélération de ce monde de progrès, notre rapport au temps a été profondément reconfiguré. Les attentes ont été considérablement réduites : le futur s'affirme non plus comme promesse mais davantage comme menace dont nous sommes responsables. La thématique du risque tend à s'imposer avec la prévalence du principe de précaution, et notre anticipation de l'avenir, devenue problématique, est réduite à espérer un développement durable. Dans le même temps, le passé, dont on ne fait plus table rase, est reconsidéré : processus généralisé de patrimonialisation ; succès pour la généalogie ; attachement à

l'accompagnement social dans sa dimension de gouvernement par l'écoute. Enfin, rapporté à une économie générale des temps de l'action, le temps de l'accompagnement social, pensé alors sous le prisme de l'urgence, peut être indexé à une surcharge du présent, par effet d'intrusion de l'avenir dans le présent, par refus d'accepter une réalisation différée de l'attente, par quête d'une grande densité du présent à la recherche d'une immédiate éternité. » RAVON B., « Le temps présent de l'accompagnement social : une temporalité bien à soi », dans CHATEL V. (dir.), (2009), *Les temps des politiques sociales*, Editions universitaires de Fribourg.

¹ Cf. supra chap.3.IV. (*Reprise*) *Lorsque le parcours de vulnérabilité d'Emilio dessine la constellation de la prise en charge sanitaire et sociale.*

² L'ordre du temps habituel de la modernité est celui du projet, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent. Selon Reinhart KOSELLECK, cet ordre du temps reposerait sur une dissociation très forte entre le champ d'expériences de l'individu (les « leçons » tirées de l'expérience du passé, le « passé actuel »), et l'horizon d'attente (ce qu'on perçoit comme étant ce qu'il faut attendre et qui comme l'horizon, recule en même temps qu'on avance ; le « futur actualisé »). KOSELLECK R., (1990), *Le futur passé*, Paris, Editions de l'EHESS cité par RAVON B., (2008), *op. cit.*, p. 48.

l'activité de remémoration qui cherche à transformer le passé plutôt qu'à l'historicisation qui cherche à transformer le futur. On appellera ce rapport au temps le *présentisme* (Hartog, 2003). »¹

Pris dans le *progressisme*, il s'agira pour les cliniciens de chercher à rattraper les retards et combler les manques. Réparation, rééducation et égalisation des chances seront alors les maîtres mots venant trahir l'horizon d'attente de la perfectibilité. C'est la logique du projet et la pédagogie à visée éducative.

A l'inverse, nous avons vu que certains cliniciens n'avaient de cesse de personnaliser la relation et de travailler en situation les expériences passées, les attachements, les expériences de la vulnérabilité des personnes en situation de précarité. C'est le rapport pédagogique de l'égalité des intelligences. Pris dans le *présentisme*, le sens de l'intervention est alors défini à partir de la reconnaissance, en situation d'intervention, des ressources et des « prises » qui permettront à la personne de se remettre en mouvement. Le *présentisme* ne nécessite pas de compétence théorique spécifique, il nécessite de pouvoir circuler entre les mondes et les temps de la personne pour être prêt à mobiliser à n'importe quel moment tels ou tels supports cliniques. C'est ce qui est donné à voir lorsque le chef de service du 115 insiste sur l'importance de la déprofessionnalisation des écoutants et de la désactivation de leurs références théoriques². Plutôt qu'une activité technique relevant d'un savoir « métier » ou d'un référentiel de « bonnes pratiques », les cliniciens en posture d'indétermination agissent au travers d'« interventions » qui relèvent avant tout de la *situation de travail*, c'est-à-dire de la « rencontre » entre intervenants et personnes en situation de précarité.

III. La visée de la clinique des attachements : devenir soi en racontant ses interdépendances

1. Enoncer son parcours de vulnérabilité : vers un dispositif de convocation des attachements de la personne

Que ce soit lors d'un entretien téléphonique, lors d'une consultation, ou encore lors d'une rencontre plus informelle, il ne s'agit pas pour les cliniciens d'inférer les causes ou la symptomatologie de la précarisation de la personne aux défauts de socialisation et aux traumatismes de l'enfance, comme nous pouvons le voir chez certains cliniciens qui délaissent du même coup les médiations situationnelles qui composent cette

¹ *Ibid*, p. 48-49.

² Cf. supra chap.3.II.2. *Les références théoriques et cliniques mobilisées.*

symptomatologie. Il s'agit plutôt de chercher, selon eux, à réinscrire la personne dans une temporalité, en commençant par le temps présent comme nous venons de le voir, en lui offrant les conditions lui permettant de se raconter et d'énoncer son parcours de vulnérabilité¹. Permettre l'énonciation de soi et du parcours de vulnérabilité relève d'une approche de la personne tout à fait singulière dans la posture d'indétermination. Colette PITICI lors de la journée du 31 mai 2007 organisée par le CSMP, décrit à travers le récit d'un accompagnement, la manière dont elle « s'y prend ». De ce récit nous avons pu dégager six temps, six étapes nous permettant de mieux comprendre cette approche de la personne, telle qu'elle est conçue pour les cliniciens² :

Etape 1 : Identifier

« repérer où se loge (dans quel corps la souffrance) [...] accorder en premier une valeur représentative aux indices corporels et comportementaux. [...] décoder la souffrance de l'autre, qui fait souffrir le clinicien et le patient mais dont personne n'identifie vraiment la cause. »

Colette PITICI lors de la journée du 31 mai 2007 organisée par le CSMP.

Pour cette clinicienne, l'un des premiers signes de l'attachement entre le clinicien et la personne en situation de précarité se situe dans ce que nous avons appelé ici « identifier ». C'est-à-dire le fait qu'une enveloppe sensorielle soit partagée, déployée entre le sujet et ses interlocuteurs. Comme dans la forme d'intervention de type expert ignorant, dans ce processus d'identification des attaches de la personne, le clinicien montre la volonté d'interroger la personne, comme si attacher l'individu à ses supports, c'était tout simplement l'interroger sur tous les supports que le clinicien ignore.

¹ Comme l'avait repéré BENVENISTE, « la temporalité est productive en réalité dans et par l'énonciation. De l'énonciation procède l'instauration de la catégorie de présent et de la catégorie du présent naît la catégorie du temps. Le présent est proprement la source du temps. Il est cette présence au monde que l'acte d'énonciation rend seul possible, car, qu'on veuille bien y réfléchir, l'homme ne dispose d'aucun autre moyen de vivre le « maintenant » et de le faire actuel que de le réaliser par l'insertion du discours dans le monde. » BENVENISTE E., (1974), *Problème de linguistique générale*, Tome 2, « col Tel », Gallimard, p. 83, cité par PICHON P., TORCHE T., (2007), *op. cit.*, p. 21.

² Les propos qui suivent proviennent du texte de la communication de Colette PITICI, psychologue clinicienne, analyste de la pratique des psychologues RMI rattachés au CSMP, lors de la journée du 31 mai 2007 organisée par le CSMP sur le thème de « L'impasse psychosociale ».

Etape 2 : Se mettre à la place de l'autre, être empathique

« supporter la déchirure que provoque en lui la chute de l'autre, la chute de celui qu'il accompagne [...] ressentir l'accablement de l'horreur et le frémissement qu'elle provoque dans le clinicien [...] être touché par le patient, attentif à lui [...] accepter d'être un transit de la souffrance de l'autre par ses sensations, ses émotions, ses pensées. [...] prendre en soi la place du sujet, pour, comme le dit W.Bion, tenter de le détoxiquer. [...] accepter de se laisser infiltrer, envahir, saturer des perceptions qui viennent du sujet sans qu'il ne les contrôle, qu'il ne les sente même. Il faut, nous dit encore Roussillon dans le sillage de S.Ferenczi, « sentir pour, avec et même à la place du sujet ». [...] accepter de vivre la lune de miel avec le patient : pour exister, se sentir reconnue, il [le patient] s'inscrit dans un « projet » qu'il est censé avoir choisi et discuté. C'est un temps merveilleux, où l'illusion s'installe de part et d'autre : pour le précaire, elle correspond à l'idée d'avoir trouvé celui qui le sortira vraiment de sa galère ; pour le travailleur social, elle satisfait son besoin d'être enfin efficace, de remplir la mission dans laquelle il s'est engagé. »

Colette PITICI lors de la journée du 31 mai 2007 organisée par le CSMP.

Pour que la personne en situation de précarité puisse réorganiser son parcours de vulnérabilité, elle doit, toujours selon la clinicienne, le partager en faisant endosser son expérience à ses interlocuteurs. Les expériences doivent résonner entre elles, comme le décrit Emilie HERMANT, une des référentes théoriques des cliniciens du CSMP : « Cette affaire n'a pas seulement à voir avec la capacité d'écoute du soignant, ni avec son empathie, ni avec son intelligence, ni avec son talent, mais avec ce principe fondamental suivant lequel, en médecine comme en thérapie, les énoncés des patients n'émergent que s'ils sont susceptibles d'être véritablement entendus par leurs thérapeutes, c'est à dire s'ils peuvent être reconnus par eux : s'ils forment du « déjà connu » pour le praticien. Sinon ces énoncés se taisent, et alors ils sont autant de trous pour la connaissance de la maladie dont souffre le patient. Le plus souvent, ces pensées — en tant que telles, en tant qu'elles ne forment surtout pas uniquement du matériel psychique à interpréter mais bien des éléments à prendre en compte dans le corpus même qui forme le savoir médical et psychologique — n'intéressent ni la médecine, ni la psychologie. Les patients gardent leurs sensations, leurs découvertes pour eux et c'est autant de déperdition fatale pour la connaissance médicale et psy. [...] Les chemins qui mènent au savoir déterminent le savoir proprement dit. »¹ On comprend dans ce processus d'identification comment le clinicien peut être amené à devenir vagabond lui-même.

Les cliniciens sont amenés à se saisir de la question de l'errance et du nomadisme des personnes en situation de précarité en essayant de reconstituer le parcours de ces personnes et,

¹ HERMANT E., « De l'autre côté du miroir. « Sacks, vous êtes un cas ! » Le chirurgien qui a opéré la jambe d'Oliver Sacks », Introduction à la conférence prononcée le 13 octobre 2006 au colloque *La psychothérapie à l'épreuve de ses usagers*.

de ce fait, en parcourant par eux-mêmes les territoires traversés¹. Cela peut être fait physiquement, lorsque les cliniciens disposent de temps et de moyens pour se déplacer, ou, de manière plus distante, à travers les moyens de communication dont ils disposent (téléphone, internet, intranet).

Etape 3 : Restituer, « *détoxiquer* »

« il ne suffit pas d'être en empathie, il faut aussi restituer un sens aux actes de la personne, à ses mots, à ses gestes, surtout s'ils paraissent insensés, déliés. [...] tant pis, encore une fois, si les mots de l'aidant sont décalés, pourvu qu'ils parlent, pour le sujet, de la perception, du ressenti, des pensées qu'il lui inspire, analogons primitifs des associations classiques. [...] recevoir leur détresse, confuse, mal dite, violente, en notre psychisme. Pour la traduire à nous-mêmes, puis leur ré-adresser un peu moins brute. [...] être un « tuteur de résilience » (B. Cyrulnik)».

Colette PITICI lors de la journée du 31 mai 2007 organisée par le CSMP.

Après avoir absorbé en quelque sorte la problématique des sujets, la clinicienne dit devoir ensuite la « *détoxiquer* », et la restituer. La restitution consiste à rendre visible, à la personne en souffrance, la relation qu'elle entretient avec sa problématique. C'est un processus qui agit un peu comme un révélateur d'impression (en photographie), une sorte de miroir, ou encore comme un révélateur de la relation entre le signifiant et le signifié nous explique le Dr POST², faisant référence à la métaphore de Pierre LEGENDRE : « [...] Le mot arbre. Nous avons deux termes : le signifié, c'est-à-dire le concept d'arbre ; et le signifiant, c'est-à-dire le vocable en tant qu'image véhiculée par le son de la voix. Intervient alors un élément tiers, la relation entre les deux termes, et Saussure dit : « le signifié et le signifiant contractent un lien ». Ces propos évoquant le lien sont demeurés sans conséquence pour les commentateurs de Saussure, mais ils nous intéressent directement. Pourquoi ? Parce que ce lien, que j'appelle dogmatique pour la raison qu'il est de même nature, du même type, que le lien unissant le sujet à son image dans la scène du Miroir, ce lien résulte d'un écart, d'une distance entre les deux termes (entre le signifié, c'est-à-dire le concept, et le signifiant, c'est-à-dire l'image acoustique). Saussure inscrivait cet écart dans un schéma symbolique où figure une barre de séparation comme dans un rapport mathématique. Ainsi, le signe révèle une structure ternaire, où l'écart fonctionne comme élément tiers pour faire jouer la relation entre signifié et signifiant, c'est-à-

¹ Cf. supra chap.3.III lorsque le réseau s'organise pour qu'un référent accompagne Emilio lors de ses différents rendez-vous chez le médecin, à l'hôpital, chez le dentiste.

² Le Dr POST est un psychiatre lacanien régulièrement cité par Mr TABARY avec qui il travaille. Nous l'avons interviewé lors d'une semaine d'observation passée au sein du dispositif appelé « L'Adresse », dispositif réunissant un CMP, un hôpital de jour et un CATTP, et co-construit entre autres par ces deux psychiatres.

dire dans l'exemple de Saussure le rapport d'adéquation entre le concept et l'image, entre la chose et le mot. Dès lors, on peut dire que l'écart dans la structure du signe est le messager du sens, tout comme l'écart introduit par le Miroir est le messager du lien, du rapport d'adéquation entre le sujet et son image. »¹ La prise en compte du tiers dans la restitution que va énoncer le clinicien inclut ses réticences et ses résistances. Par exemple, dans la situation d'Emilio, de nombreux cliniciens ont abordé - progressivement, en accompagnant les associations d'idées d'Emilio-, le fait qu'une de ses filles ne voulait plus le voir. Cette discussion a pu émerger lorsqu'Emilio a été « ramassé » dans le fossé par la police alors qu'il arguait les passants en criant le fait qu'il voulait revoir ses filles². Autre exemple, l'alcoolisation massive d'Emilio a pu être abordée lorsqu'il s'est fait rejeté du CHRS « L'Envol » car, trop alcoolisé, il a oublié de se rendre au rendez-vous obligatoire qui lui aurait permis d'y entrer. A chaque fois, c'est un moment de rupture dans le parcours de vulnérabilité qui permet de révéler l'expérience intrapsychique douloureuse d'Emilio.

Dans cet échange entre le clinicien et la personne en situation de précarité, « le tiers n'y est pas « l'empêcheur » d'une approche du patient, mais un élément dynamique », comme le souligne Jean-Pierre MARTIN, un autre référent théorique des cliniciens du CSMP³. Par la prise en compte des relations qu'entretient la personne avec ses tiers, ou encore avec ses supports sociaux, le clinicien négocie une interface où il reconnaît le lien entre le parcours et l'expérience de la personne. De plus, en habitant ce lien, le clinicien montre que son propre corps peut être un dépositaire d'adresses, puisqu'il fait lui-même partie du parcours de vulnérabilité, qui dépasse la « récusation »⁴ que vit habituellement la personne « désaffiliée ». Ce faisant, le clinicien fait émerger chez l'individu une capacité à donner un sens aux événements traumatiques qu'il a vécus.

¹ LEGENDRE P., (2004), *Ce que l'occident ne voit pas de l'occident*, Paris, Ed Mille et une nuit, p. 77.

² Situation rencontrée par Mlle CLERC et Mr DUCHEMIN. Cf. supra chap.3.III.2. *La non-demande : une mise à l'épreuve de la logique du projet*.

³ MARTIN J-P., (2006), *op. cit.*, p. 37.

⁴ « Cette récusation a pour objet/cause l'impossibilité de nommer une affiliation, que ce soit du côté du soin comme du côté du travail social. La reconnaissance du soignant potentiel par le sujet en errance passe par la capacité de ce soignant à reconnaître la souffrance sociale et ses cadres d'accueil, prélude à la reconnaissance de ce qui fait souffrance psychique. La marginalisation des fonctions normatives du temps social d'un rendez-vous, d'un espace d'organisation de la survie, de mise en mots de l'indicible des traumas répétés, de l'écoute de la parole et des actes de l'errant comme porteurs de sens partageables, trouvent ici une fonction tierce d'humanisation réciproque, hors de toute obligation de réussite dans les programmes d'insertion. » MARTIN J-P., (2006), *op. cit.*, p. 38.

Étape 4 : Prendre de la distance, se désillusionner

« Cesser de désespérer, sinon pour la personne accompagnée, du moins pour continuer à supporter ses semblables et nous-mêmes. [...] continuer à croire quand tout semble perdu, que tous ont renoncé, sans pour autant passer pour un doux illuminé ni se bercer d'illusions toxiques. [...] faire le constat de ce qui reste quand tout semble perdu, que tous ont renoncé [...] Rester debout face au scandale d'un tel fracas permet de faire ressentir à la personne qu'il y a quelque chose en elle qui résiste et qui se déploie. [...] considérer la partie protectrice de l'autre, qui ne dirait pas tout comme pour protéger le clinicien d'un vécu trop difficile. [...] accepter le temps de la désillusion, du renoncement à la guérison ou au changement total. [...] tant que nous n'en aurons pas fini en effet avec nos gesticulations de bien-portants qui voudraient que les malades s'animent et gigotent à notre tempo, nous nous heurtons à l'inespoir radical, à l'incompréhension de et envers l'autre, et à la colère. Il s'agit d'une confusion entre le possible et le souhaitable. [...] Tant qu'il ne trouve pas un lieu interne où se nicher, il continue son œuvre d'intoxication interne, à bas bruit. [...] accepter que la « lune de miel » entre le clinicien et l'aidant se termine [...] négocier une distance par essence intenable, entre la trop grande proximité et le trop grand éloignement. [...] les travailleurs sociaux n'ont pas à accepter ce qui n'est pas conforme à leur devoir ou à leur déontologie, sous prétexte de bienveillance inconditionnelle ».

Colette PITICI lors de la journée du 31 mai 2007 organisée par le CSMP.

Dans la posture d'indétermination, le clinicien n'a pas d'autre possibilité que de devenir un être désillusionné, comme le signale Colette PITICI, dans le sens où il ne peut plus croire au pronostic. Ou plutôt, il ne croît pas que la fin, aussi opérationnalisable qu'elle soit en termes d'objectifs, puisse orienter l'action, vers quoi que ce soit et donc d'émettre un pronostic. Il pense au contraire, et comme nous l'avons déjà évoqué, que l'action vient en marchant, que la fin est une production de l'action. Agir permet d'aller vers un but en même temps qu'il construit un but. L'agir dans cette posture est donc en ce sens préstratégique (tactique), différent du calcul du méthodologue doté d'un ensemble cohérent de préférences et d'un état connu de contraintes. D'autre part, si cet agir se caractérise par une absence de ressources instantanément au cours de l'action en raison de la difficulté d'apprécier leur pertinence ou leur adéquation au contexte, cela signifie en conséquence que les ressources, elles aussi, sont élaborées en cours d'action, que les moyens sont construits chemin faisant¹ (*présentisme*).

¹ HAENNI-EMERY S., SOULET M.-S., « L'institution incertaine », dans LAVAL C., RAVON B. (coord.), *Réinventer l'institution*, Rhizome n°25, 2006, p. 4-7.

Etape 5 : Rester positif et résister

« mettre en place une relation confidentielle et pleine de vitalité. [...] penser que le dernier projet porté par une institution (après que l'orientation sur ce projet ait été faite car on ne savait plus quoi faire) a déjà métamorphosé la personne, lui a permis de faire un pas en avant. [...] travailler d'arrache-pied sur la volonté du patient d'avoir un emploi, un logement, accès à ses droits sociaux suspendus et accepter qu'une fois près de l'obtention de la satisfaction de se vouloir, la personne mette en échec. [...] tenir position dans l'inconfort, l'inconfortable ».

Colette PITICI lors de la journée du 31 mai 2007 organisée par le CSMP.

Le clinicien doit ensuite tenir la relation, rester positif et résister, autrement dit mettre à l'épreuve sa « capacité de récalcitrance »¹. Pour ce faire, il peut s'appuyer sur les espaces de réflexivité que constituent les espaces rencontres CHRS-CMP et réunions de réseau. Dans ces espaces, ce qui est recherché à travers la production d'énoncés multiples concernant la personne, et où chacun évoque les ressources propres à sa pensée, est la transformation de la personne en situation de précarité, en plein désarroi, entourée de tous ceux qui, cliniciens de son parcours sanitaire et social, avaient jusque-là tenté de l'aider, en un individu produisant une parole articulée². Prendre de la distance va dépendre de la capacité des cliniciens à discuter, objecter, contredire, négocier, lâcher prise, bref à résister entre cliniciens pour qu'ensuite cette compétence soit transférée à la personne. Il s'agit donc d'apprendre à résister, c'est-à-dire nous explique Isabelle STENGERS, « à prendre en compte que les bonnes intentions ou les intimes convictions ne suffisent pas. La nomination est vectrice de tentation, toujours la même tentation : purifier. Là où les praticiens savent reconnaître la signature de tel ou tel être, qu'il s'agit de pouvoir nommer pour s'adresser à lui, entrer en commerce, le leurrer ou l'apaiser. »³

Etape 6 : Se laisser attraper

« tenir bon sur l'orientation des problèmes vers les bons interlocuteurs me semble aussi précieux qu'accepter de les recevoir, même sans n'y rien changer [...] se laisser attraper par le fil lancé par la personne, fil parfois incongru, souvent hontogène, traumatique et confus pour l'aidant. C'est la sphère sensorielle qui est la première touchée, dérangée et parfois agressée par la rencontre. [...] s'attacher à la prise offerte par le sujet, même si c'est négatif, l'opprobre, l'obscène, le dégradant. [...] ne pas être dans la complaisance mais attraper l'autre par ce qu'il donne à voir de lui et ne pas

¹ Selon la formule d'Isabelle STENGERS dans « Résister ? un devoir ! », *Politix*, numéro 579, 16 décembre 1999, p. 34-35, article consultable sur le site <http://www.recalcitrance.com/stengers.htm>. C'est nous qui faisons le lien.

² *Idem.*

³ STENGERS I., (2002), *Le dix-huit brumaire du progrès scientifique*, Centre Georges Devereux article consultable sur le site <http://www.ethnopsychiatrie.net/actu/brumaire.htm>. C'est nous qui faisons le lien.

craindre de partager l'abject. [...] considération positive et absolue, la mise aux orties définitive de notre crainte de manipulation. [...] tout mettre en œuvre pour certifier que les personnes précaires restent dans la commune humanité et demeurent des êtres de symbole et de langage. »

Colette PITICI lors de la journée du 31 mai 2007 organisée par le CSMP.

Il s'agit ensuite, dans cette posture d'indétermination, de se laisser attraper, attacher, non pas, là encore, en postulant à l'avance le régime de vérité ou de connaissance adéquate (ce qui le soumettrait à l'impératif de la preuve, de l'obligation positive) mais par ce qui singularise la relation effectivement, pragmatiquement, comme nous l'avions vu avec la forme d'intervention de type *écologue*. Les cliniciens se font alors « limiers », « pisteurs » et « enquêteurs » : « Le « pouvoir » qui signale l'efficace de la technique n'a pas été purifié par un savoir qui l'expliquerait, il est resté inaugural, et tous les savoirs s'expliquent à partir de lui. Mais il a été réinventé par ce qui lui est désormais demandé : conférer à ce à quoi nous nous adressons le pouvoir de « prouver », de faire la différence entre ce qui est autorisé par le lien créé et ce qui n'est que fiction. »¹ Plutôt que d'être dans une démarche de recherche de la preuve qui permet d'évaluer des résultats en fonction d'objectifs prédéfinis (logique du projet), il s'agit ici d'identifier quels sont les faits qui agissent en faisant agir, les faits qui convoquent l'attachement agissant.

Les 6 étapes que nous venons de mettre en évidence constituent une sorte de dispositif de convocation, où la convocation n'est pas perçue comme risquée car il ne s'agit pas de rechercher la preuve (qu'on risque de ne pas trouver)². Les cliniciens en posture d'indétermination ne sont pas dupes de l'implication normative des dispositifs qu'ils mettent en œuvre. Ils connaissent en général les expérimentations de la psychologie sociale (MILGRAM et autres) qui mettent en scène des situations qui fonctionnent à l'insu des sujets. Plutôt que de faire agir les personnes, ils se laissent donc agir par elles et cherchent à convoquer leurs attachements. Ce faisant, ils cherchent à procurer de l'*empowerment* à la

¹ *Idem.*

² Comme le rappelle Isabelle STENGERS, il existe à ce propos un dicton chinois selon lequel lorsque le sage désigne la lune, le fou regarde le doigt qui désigne. Ce dicton présuppose ce qui, ici, est en question car « il table sur la préexistence de ce que l'on appelle les comportements sensori-moteurs, la communication entre l'espace visuel, où brille cet être lointain qu'on appelle " lune ", et l'espace des gestes, du doigt qui pointe. Lorsqu'il s'agit de convocation risquée, le doigt importe autant que la lune. Les deux sont inséparables, car ils sont partie prenante de la production de l'espace qui les articule. » [A contrario de la logique des attachements, la logique du projet] « effectue une telle mise en rapport, un rapport exhibant dans ce cas l'impératif de la preuve. Le rapport doit permettre de « rendre compte », [par l'évaluation, par la recherche de résultats], l'articulation produit le registre des comptes, des manières dont ce qui est convoqué peut « compter ». », *Idem.*

personne en situation de précarité, c'est-à-dire qu'ils lui donnent du pouvoir, de l'autorité, de la confiance et de l'estime de soi¹, comme nous l'avons vu dans le chapitre 5.

Le terme *empowerment* est de plus en plus mobilisé par les cliniciens en France. Selon Isabelle STENGERS, ce terme est cependant mal traduisible, et souvent mal utilisé en français. Selon l'auteur, « chaque traduction l'ampute de certaines de ses composantes : *empowerment* (devenir capable, entrer en pouvoir, entrer en relation avec un pouvoir, etc.). Le terme est associé aux pratiques activistes non-violentes contemporaines, et notamment aux sorcières néo-païennes créatrices de techniques susceptibles de faire converger lutte politique et spiritualité. Malheureusement, il est d'ores et déjà compromis, devenu un mot d'ordre signalant la fin de toute conflictualité politique, la manière dont chacun est appelé à assumer son rôle pour gérer une situation, en assurer une « bonne gouvernance ». Ce pourquoi, il a pu être traduit en français par responsabilisation et associé à l'ensemble des entreprises moralisatrices par où l'on demande à des sujets de se « sentir responsables », de participer de manière responsable... Mais il faut oser défendre les mots, au moins quelques mots, contre le déshonneur, ils sont trop rares et nous avons trop besoin d'eux. En l'occurrence, « *empowerment* » est précieux en ce que, impliquant l'impossibilité de jouer en anglais sur la distinction entre pouvoir et puissance (qui permet, le cas échéant, de disqualifier le pouvoir et célébrer la puissance), il restitue au pouvoir le sens neutre qui convient à des techniques aux effets redoutables, qui demandent attention et protection. Le pouvoir n'appartient pas au sujet, au sens où le sujet (qu'il soit responsable et intentionnel ou « clivé », ou « manipulé » par un inconscient) est le fruit des noces « responsabilisantes » du juridique et des pratiques de l'aveu. Le pouvoir appartient d'abord à l'ordre de l'événement, de la rencontre qui transforme et oblige. La convocation réussie se traduit par un *empowerment*, une transformation qui importe (importer est un autre terme générique) parce qu'elle engage la personne ou le groupe à qui elle advient en conférant au monde un nouveau pouvoir de faire sentir, penser et agir. »²

Nous avons parlé plus haut d'efficacité du dispositif mais au regard de cette notion d'*empowerment* nous comprenons que, pour les cliniciens en posture d'indétermination, la réussite du dispositif, aussi efficace qu'il peut devenir, ne s'explique pas. L'expliquer reviendrait assez rapidement à placer ces modes de relation à l'autre au centre de

¹ DONZELOT J., MEVEL C., WYXEKENS A., (2003), *op. cit.*, p. 182.

² STENGERS I., (2002), *op. cit.*

comparaisons avec d'autres dispositifs. Si efficacité il y a, ils seraient alors placés au sommet d'une hiérarchie qui, les rendant normatifs, annihilerait toute leur efficacité. La clinique des attachements n'est pas une pratique de la connaissance « redistribuable » (même si elle s'appuie sur un dispositif de connaissance comme nous l'avons vu dans le chapitre 2), et qui serait à priori évaluable, mais une pratique de la reconnaissance, que l'on ne peut que suivre à distance en quelque sorte. Les savoirs mobilisés dans cette pratique se succèdent, s'agencent¹ (nous l'avons vu avec l'agencement réflexif de type métissage), mais opérationnaliser un savoir expliquant ces agencements entraînerait une fixation des savoirs qui détruirait leur capacité à être un « appareil phonatoire »² de ce qu'ils ont réussi à convoquer.

2. Se raconter : reconnaissance et réhabilitation de la subjectivité de la personne

Lorsque la personne en situation de précarité se raconte, ce que le clinicien cherche à convoquer c'est le rapport qu'elle entretient à ses attachements, autrement dit à sa subjectivité. A travers le récit de soi et de son parcours de vulnérabilité, la personne prend souci d'elle-même. Narrer ses attachements convoque le réagencement, et donc le réinvestissement par la personne de ses périodes sombres, de toute l'histoire de vie, de ses relations sociales et de son parcours. Ainsi l'individu tisse à nouveau du lien social à partir de sa subjectivité. Il se retrouve comme un aventurier explorant sa propre biographie, en mettant ainsi à jour les éléments discontinus et continus qui sont alors retraduits dans l'histoire racontée. La difficulté pour le clinicien est de ne pas rattraper trop vite la temporalité propre à la personne dans sa mise en récit d'elle-même, de ne pas aller trop vite vers son futur en la « mettant en projet » (temporalité du *progressisme*), ou trop vite vers son passé en la « mettant en historisation ». L'équilibre temporel est précaire dans la relation d'aide pour ne pas retomber dans la logique du projet, « ne pas laisser se fabriquer la loi du plus fort, être toujours en prise avec ce qui se dit ou se trame, [...] la combattre implique un certain savoir-

¹ Le terme d'agencement mobilisé ici fait référence aux travaux de DELEUZE et GUATTARI dans *Mille Plateaux*, où « agencement » est associé à la capture d'une « force ». Selon Isabelle STENGERS, « l'agencement ne s'explique pas à partir de la force, pas plus que celle-ci n'est « faite pour être capturée ». Il ne faut donc pas chercher la force derrière l'agencement, ou indépendamment de l'agencement. Il ne faut pas chercher de « cause », dont l'agencement producteur de l'effet pourrait se déduire. Tant la cause que l'effet peuvent être nommés à partir de l'agencement, et l'on peut dire aussi bien que l'agencement est ce qu'il est parce que la force est ce qu'elle est, et que la force a l'efficacité qu'elle a parce que l'agencement est ce qu'il est. En conséquence, la question n'est pas ce qu'est la force, ou ce qu'est l'être qu'il s'agit de convoquer mais ce que « fait arriver » l'agencement. L'agencement cultivé, ou le dispositif de convocation sont inséparables de l'apprentissage de ce dont la force capturée rend capable et de ce à quoi elle oblige. », *Ibid.*

² LATOUR B., (1999), *Politiques de la nature*, Paris, La Découverte.

faire et la capacité de prendre des risques. Accepter les petites épreuves, faire baisser les petites peurs, les jeux de menaces, négocier les mésententes et fabriquer de la confiance, ce rôle exige une continuité de présence »¹, dans laquelle se révélera « la permanence de la personne au sein d'une discontinuité temporelle »².

Une difficulté pour le clinicien réside dans le fait que bien souvent la personne a déjà été sollicitée par d'autres pour se raconter. C'est un chemin qu'elle a déjà parcouru, quelquefois sur le divan du psychanalyste ou, plus souvent, dans la consultation de l'assistante sociale. Les personnes en situation de précarité se plaignent parfois de cette répétition, de cette demande de focalisation sur soi alors que leur besoin, à ce moment-là, ne se situe pas là. A chaque moment de l'échange entre le clinicien et la personne qui se raconte, il y a de nouveau un risque de méprise. « Les relations aux proches, les situations de face à face à tenir ou à restaurer, une position sociale à maintenir, un statut à revendiquer, une facette de son identité à divulguer, etc., sont au cœur de ce risque. « L'autobiographie ne peut donc pas être simplement un agréable récit de souvenirs conté avec talent : elle doit avant tout manifester un sens, en obéissant aux exigences souvent contraires de la fidélité et de la cohérence » [Philippe Lejeune, 1998, *op. cit.*, p.15] »³

Permettre à la personne de se raconter ne vise pas à établir une simple compilation, « assemblage plus ou moins organisé ou heureux de souvenirs épars »⁴. Dans la constellation sanitaire et sociale d'Emilio, nous pouvons observer comment il délivre, par fragments successifs et incomplets, les traits marquants de sa personnalité et de son histoire. Si nous pouvons reconnaître dans le fait qu'il parle de ses problèmes sociaux au médecin, et de ses problèmes médicaux à l'assistante sociale, l'effet de ce que nous avons appelé la demande croisée, il nous semble que la demande adressée au clinicien est une demande de

¹ ASTIER I., (2007), *op. cit.*, p. 121.

² Ce processus de mise en récit de soi et de son parcours de vulnérabilité peut être comparé à l'exploration biographique dont nous parle Pascale PICHON : « L'exploration biographique devient le récit de ce passage emprunté qui ne peut se dire qu'en renouant les fils de sa vie, qu'en se situant dans le monde, qu'en saisissant sa singularité dans son épaisseur historique. [...] L'exploration biographique est alors exemplaire d'une « identité narrative » (Paul Ricœur, *Temps et récit*, Tome 3, *Le temps raconté*, Paris, éd. du Seuil.) par laquelle se révèle la permanence de la personne au sein d'une discontinuité temporelle, non pas dans son essence mais dans ce que Ricœur appelle une « attitude », c'est-à-dire, les prises de position, les actions, les choix, les limites mêmes, tous ancrés dans un monde dans lequel la personne doit lutter pour vivre. La diversité et l'hétérogénéité des éléments biographiques dont dispose le lecteur proposent bien sûr une relecture à *posteriori* et, en cela, arrangée de la vie mais découvrent les choix de l'autobiographie, parfois mal assurés, pour produire le sens qu'il souhaite donner à sa vie. L'identité narrative ne peut en cela que s'appuyer sur des versions sans cesse remaniées de l'histoire de vie. Elle chemine dans la géographie qu'est la quête identitaire de celui qui ébauche les brouillons d'une nouvelle ligne biographique échappant au destin mortifère de l'homme à la rue. » PICHON P., TORCHE T., (2007), *op. cit.*, p. 201-202.

³ *Ibid*, p. 202.

⁴ *Ibid*, p. 200.

rassemblement et de mise en ordre des moments clefs de sa vie et de son parcours de vulnérabilité. C'est ce rassemblement qui nécessite que le clinicien ait travaillé en amont différents types de corpus doctrinaux et qu'il possède une capacité de les agencer selon la forme métisse. Ce travail d'exploration biographique permet de se situer dans le monde des humains et d'agir sur lui, selon un processus que Paul RICŒUR énonce ainsi : « Percevoir ma situation comme crise, c'est ne plus savoir quelle est ma place dans l'univers. S'apercevoir comme personne déplacée est le premier moment constitutif de l'attitude-personne. Ajoutons ceci : je ne sais plus quelle hiérarchie stable de valeurs peut guider mes préférences ; le ciel des étoiles fixes se brouille. Je dirai encore : je ne distingue pas clairement mes amis de mes adversaires (...) mais il y a pour moi de l'intolérable. Dans la crise, j'éprouve la limite de ma tolérance (...). C'est dans ce sentiment de l'intolérable que la crise insinue le discernement de la structure de valeurs du moment historique » (Paul Ricœur, *Lecture 2, La contrée des philosophes*, Paris, éd. du Seuil, 1992, p. 199.). »¹

Etayer l'expression de la biographie et des attachements d'un individu est également une pratique de la confession, telle que la définissait FOUCAULT dans ses dernières années², c'est-à-dire comme une pratique qui implique une « manifestation »³ de soi. Pour FOUCAULT, celle-ci ne correspond pas nécessairement à l'exposition d'une vérité interne et dont l'apparence constitutive ne doit pas être analysée comme une simple illusion. Au contraire, explique Judith BUTLER, dans ses leçons sur Tertullien et Cassin, FOUCAULT « voit dans la confession un acte discursif par lequel le sujet « se rend public », se donne en mots, s'engage dans un acte plus vaste de verbalisation de soi – *exomoligesis* – qui est une façon pour le soi d'apparaître à l'autre. »⁴ Ainsi nous comprenons que, dans un tel contexte, « la confession présuppose que le soi doit apparaître pour se constituer et qu'il ne peut se constituer que dans le cadre d'une scène d'interpellation donnée – dans le cadre d'une certaine relation sociale constituée. »⁵ C'est ce que nous avons appelé les supports cliniques

¹ *Ibid.*, p. 200-201.

² Cf. FOUCAULT M., (1999), *Religion and culture*, New-York, Editions J. Carrette. A l'inverse, au début de sa carrière, avec *l'Histoire de la sexualité*, FOUCAULT accuse la confession d'être une extraction forcée de la vérité sexuelle et d'être une pratique d'un pouvoir régulateur qui oblige le sujet à dire la vérité sur son désir.

³ « L'acte verbal de confession est la preuve même, la manifestation de la vérité. [...] Tu deviendras le sujet d'une manifestation de la vérité si et seulement si tu disparais ou te détruis en tant que corps réel et existence réelle. » FOUCAULT M., (1999), *op. cit.*, p. 178-179.

⁴ BUTLER J., (2007), *op. cit.*, p. 114.

⁵ *Ibid.*

de narration. A travers ces supports, le soi parle lui-même, mais en parlant l'individu devient concerné par ce qu'il est.

En fonction de la prise offerte par l'individu, se raconter peut passer par un projet, une demande d'accès à (logement, droit, soin, etc.), une consultation, autant de différents supports cliniques. Ce qui est visé ici c'est que l'individu se reconnaisse et soit reconnu comme concerné par sa vie et par son parcours. La demande croisée, et plus généralement l'éclatement de la biographie des personnes en situation de précarité dans les institutions sanitaires et sociales révèlent donc une attente de reconnaissance. Il ne s'agit pas tant alors d'aller chercher les ressources de l'individu pour que son authenticité lui permette de gagner en autonomie, il s'agit plutôt de convoquer et d'attester de son authenticité pour que celle-ci lui soit reconnue et réattribuée¹.

La clinique des attachements, parfois exercée hors des cadres de l'institution, comme nous l'avons vu avec l'agent de santé du projet Déclic Santé qui n'hésitait pas à recevoir les bénéficiaires au bar ou (plus rarement) chez eux², fait apparaître la notion de réciprocité dans la relation (et s'est affirmée comme une pratique éthique fondée sur une reconnaissance et une réhabilitation du sujet comme concerné par sa propre vie. C'est une manière de faire de la clinique qui s'oppose « aux processus d'objectivation (et leurs traitements) du sujet par le comportemental, dans lequel le regard technique décrit une action de stricte réparation symptomatique. »³ Dans la posture d'indétermination, le clinicien tente de se dégager des idéaux normatifs qui encadrent sa pratique pour aider la personne à devenir le sujet de ses propres normes. Le résultat, comme le symptôme, deviennent dans ce cadre « une défense ou une résistance à l'enfermement sur lui-même, on pourrait dire à sa stricte objectivation. »⁴ Comme le soulignait déjà FOUCAULT, dans *L'histoire de la folie à l'âge classique*, « aucune position soignante n'est possible s'il n'y a pas rupture avec le discours de pouvoir institutionnel et ses organisations. »⁵ Si nous suivons le fait qu'un clinicien cite FOUCAULT de la sorte, c'est que la clinique des attachements constitue bien une critique de la logique du projet mettant en cause toutes les formes de domination généralement associées à la précarité

¹ PICHON P., TORCHE T., (2007), *op. cit.*, p. 198.

² Cf. supra chap.5.III.*Les supports cliniques de narration.*

³ MARTIN J-P., dans LAVAL C., RAVON B. (coord), 2006, *op. cit.*, p. 38.

⁴ *Ibid*, p. 38-39.

⁵ Cité par MARTIN J-P., *Ibid*, p. 39.

et à l'exclusion. Dans le cadre de cette clinique, l'examen de soi et de son parcours de vulnérabilité que constitue le fait de se raconter n'est pas une autoflagellation ou l'intériorisation de normes régulatrices mais il devient le moyen de se consacrer à un mode d'apparence et d'agencement de soi publicisés.

IV. (Reprise) – Relier l'individu à ses environnements : un moyen de prolonger la pratique de *care* dans l'épreuve de l'indétermination

En s'appuyant sur l'indétermination de la situation plutôt que de la considérer comme une « impasse », les cliniciens ne répondent pas à la fragilité des liens de la personne en situation de précarité par un projet d'intégration sociale fondé sur une relation d'aide éducative ou émancipatrice, mais ils cherchent à rendre visible et à co-construire avec la personne ce qui compte pour elle, ce qui l'attache, notamment dans ses réseaux de sociabilité. En l'aidant à se raconter et à mobiliser ses propres ressources, ils tentent de mieux la ré-attacher au monde.

Alors que dans la clinique par projets, le geste « bientraitant »¹ pourra être celui qui sert une volonté de réajustements, souvent procéduralisée, des orientations (cf. la forme d'intervention *orientation*), dans la clinique des attachements, il est celui qui permet d'effectuer un véritable travail de cartographie des ancrages de la personne dans son parcours de vie et dans ses environnements (cf. la forme d'intervention de type *écologue*). Le processus d'individuation mis en œuvre dans chacun de ces « bons » gestes n'est cependant pas le même. Dans le premier cas, ce qui est recherché c'est l'intégration et l'émancipation de l'individu (politique du relèvement de la personne). Par exemple, qu'Emilio arrête de boire à travers la mise en place d'un « *contrat de soin* » et d'un « *projet de responsabilisation* ». On attend que sa condition d'alcoolique « évolue » et qu'il passe de l'état « personne alcoolique qui ne se prend pas en charge » à celui de « personne non alcoolique responsable d'elle-même ». Dans le second cas, il s'agit de reconnaître et d'articuler les différentes formes d'attachement de la personne. Par exemple, lorsque Mlle CLERC cherche à mettre en place une réunion de suivi, il s'agit pour elle d'identifier l'ensemble des liens qu'Emilio entretient à la fois avec les différents acteurs de son parcours sanitaire et social mais aussi dans son parcours de vie, de manière plus élargie, avec ses filles. Il s'agit bien ici de reconnaître ce par quoi Emilio est attaché, du point de vue de ses liens sociaux et familiaux.

Dans cette perspective, les cliniciens donnent à voir une conception de la subjectivité que l'on pourrait qualifier d'écologique, dans le sens où le rapport qu'entretient l'individu à lui-même est mis en lien avec ce qui l'attache au monde, avec ses environnements (social, familial, culturel, communautaire, etc.). A l'inverse de la clinique par projets qui repose sur une théorie qui solidifie les identités (d'« exclu », d'« adolescent difficile », de « personnes âgées », de

¹ MOLINIER P., *op. cit.*, 8 mars 2007.

« sans papiers », etc.) en cherchant à faire entrer les individus dans des catégories prédéfinies, la clinique des attachements se fonde, quant à elle, sur une théorie de l'agir qui vise la déconstruction des dichotomies que véhiculent ces identités (inclus/exclu, jeune/personne âgée) de manière à destabiliser toutes les identités figées (déconstruction prégnante dans le principe d'égalité des intelligences). Cependant, il ne s'agit pas non plus de dissoudre toutes les différences identitaires dans une seule identité humaine universelle, comme cela pourrait être donné à voir par l'utilisation d'une nouvelle catégorie fourre-tout (par exemple la « vulnérabilité »), mais plutôt de créer un champ de différences multiples, dépolarisées, fluides et mouvantes, permettant de faire agir la relation de manière singulière. La « vulnérabilité » à accompagner ici n'est pas celle de publics identifiés à partir de leur potentiel de perfectibilité (rééduquer les « adolescents difficiles », responsabiliser les « sans domiciles fixes », autonomiser les « personnes âgées » par exemple) mais celle de personnes identifiées à partir des fragilités de leurs attachements. En ce sens, la décence, pour revenir à l'hypothèse de ce chapitre, repose sur une attente particulière qui se révèle dans l'épreuve de l'indétermination : assurer le maintien des personnes en situation de précarité en reconnaissant les multiples formes d'attachements qui les relient au monde.



CONCLUSION DE LA PARTIE 3 – L’IMPOSSIBLE INSTITUTIONNALISATION DE LA « BIENVEILLANCE DISPOSITIVE »

Les caractéristiques de la clinique des attachements véhiculent une manière de concevoir le vivre-ensemble en promouvant certaines ressources (des prises permettant de remettre la personne en mouvement), différentes que celles mobilisées dans la clinique par projets (un capital-capacités qu’il s’agirait d’accroître). Nous pouvons résumer ces caractéristiques de la manière suivante :

- 1- Clinique des vulnérabilités : écoute et accompagnement de personnes identifiées à partir des fragilités de leurs attachements, à commencer, bien souvent, par la fragilité de leurs liens sociaux (vision castellienne du lien social, négative et accidentée, concept de désaffiliation).
- 2- Clinique tactique : c’est une approche qui sort du cabinet (*aller vers*), se mobilise dans l’urgence chronique, au front de l’action, se construit en situation (indétermination de l’action à mettre en œuvre, primat de la rencontre, réagir face à l’absence de prévisibilité et l’évanescence des cadres normatifs qui structurent et régulent l’action), institutionnalisation du provisoire, présentisme, nécessite des compétences diplomatiques, de négociation, du nomadisme, du pragmatisme, nécessite de tenir une position interstitielle (espace transitionnel, transitoire durable) et de métisser les agencements réflexifs, primat de la catégorie de « personne », co-construction de la relation d’aide, savoir du proches, égalité des intelligences.
- 3- Clinique en réseau : importance de la réflexivité des aidants, du métissage des pratiques, étayage des liens d’attachement interprofessionnel.
- 4- Clinique soucieuse du contexte : nécessite de s’inscrire dans les contextes sociaux et politiques de son déploiement ; nécessite implication, critique, réflexivité, engagement, présence politique dans l’espace public de la part des cliniciens.
- 5- Clinique de la reconnaissance : sortir de l’injonction paradoxale qui consiste à constituer autrui en « personne », en le faisant sujet de son action et de ses projets, alors que justement, il est en difficulté sur ces capacités ; dispositif de convocation des attachements (agissants) de la personne (*empowerment*) ; apprendre à résister (transfert de la capacité de récalcitrance du clinicien à la personne)

Nous avons vu à plusieurs reprises que, soit en posture de coordination soit en posture d’indétermination, les référents du CSMP se constituaient en critiques de l’idéal rationnel

contenu dans l'impératif gestionnaire et les processus d'individuation qui l'accompagnent (individu souverain, authenticité contrôlée, etc.). Le bénéfice secondaire de cette critique est qu'elle leur procure un moyen d'élever la voix afin d'offrir une reconnaissance institutionnelle aux pratiques de *care* qu'ils proposent, et d'en faire un outil légitime des « nouvelles » politiques de santé mentale qui prennent soin des personnes en situation de précarité. Car si « *prendre soin* » de ces personnes semble nécessiter à la fois une disposition organisationnelle pour le projet et une sensibilité clinique à l'indétermination, la difficulté pour le référent du CSMP réside dans le fait de maintenir une telle articulation. L'enjeu est de taille car, comme nous l'avons vu dans la partie précédente de cette thèse, pour les cliniciens de la précarité, une dissociation entre ces deux postures ne permettrait pas d'effectuer les réajustements nécessaires à la fois sur le plan de l'économie politique (remèdes liés à la distribution), et sur celui de la culture et du symbolique (remèdes liés à la reconnaissance). Il faut donc, pour eux, arriver à faire tenir ensemble la posture de coordination avec celle de l'indétermination.

Cette troisième partie nous permet de mettre en évidence que, pour les référents du CSMP, il existe un « bon » et un « mauvais » geste en clinique de la précarité. Le « mauvais » geste est celui qui répond à la norme de l'impératif gestionnaire, dont la forme d'intervention privilégiée est celle de l'orientation. Le « bon » geste, celui qui consiste à prendre soin des personnes en situation de précarité, semble nécessiter, quant à lui, à la fois une disposition organisationnelle propre à la logique du projet (activité qui devra être l'objet d'une critique), et une sensibilité propre à la logique de l'indétermination (attitude qui devra être l'objet d'étayages). Autrement dit, les différentes formes d'intervention (adressage, expert ignorant, écologue) appartenant au « bon » geste pour le clinicien en posture d'indétermination s'appuient sur des « conditions pragmatiques de félicité »¹ qui sont rendues possibles par la disposition organisationnelle de la posture de coordination.

La posture de coordination est celle qui permet de donner une existence institutionnelle à différents « bons » gestes en thématissant et en territorialisant les multiples formes de prise en charge offertes à l'individu. Ces gestes sont tous essentiels car ils doivent permettre de répondre à des « problèmes » d'ordre très variable : l'*adressage* répond aux problèmes

¹ En nous inspirant de l'analyse des actes de langage d'AUSTIN, nous entendons par « conditions pragmatiques de félicité » les conditions qui assurent qu'un acte soit accompli avec « bonheur », c'est-à-dire qu'il atteigne son but. En d'autres termes, ce sont les conditions qui assurent qu'une action soit jugée comme « celle qui convient » (BOLTANSKI et THEVENOT, 1991).

d'accès à, l'*expert ignorant* aux problèmes de créativité et l'*écologue* aux problèmes d'invisibilité. S'il faut que les cliniciens en posture d'indétermination qui souhaitent pratiquer un de ces « bons » gestes s'entendent d'abord à la fois sur la nature des problèmes et sur la manière de les traiter afin de créer le « bon » collectif de traitement qui pourra se laisser guider par le parcours de vulnérabilité de la personne, cela nécessite donc qu'ils aient, avant tout, une activité de coordination. C'est alors, qu'autour de cette coordination, se jouent des modalités potentiellement incompatibles avec le « bon » geste initialement prévu, ce qui rend compte de sa difficile institutionnalisation (problème de territoires entre cliniciens en posture de coordination, problème de secret partagé, problème de délimitation des champs d'intervention, problème de définition du public, etc.). En voulant faire exister les « bons » gestes qui consistent à prendre soin des personnes en situation de précarité, les cliniciens de la précarité sont obligés de se confronter à la question de leur institutionnalisation. Ce faisant, ils se risquent à adopter une pratique (trop) normative car ordonnée, stigmatisante, évaluative, inductive, qui les ferait passer du côté des « mauvais » gestes.

Les différentes formes d'intervention des « bons » gestes donnent à voir une vaste palette des manières dont les cliniciens se portent vers autrui. Cette palette comporte des limites selon que le clinicien se tourne plus du côté de la clinique par projets, ou plus du côté de la clinique des attachements. Ces deux derniers chapitres ainsi que l'étude de la constellation sanitaire et sociale d'Emilio, nous ont permis de dégager différentes notions appartenant à cette palette, telles que celles de « solidarité », « bienveillance », « responsabilité », « sollicitude », « décence ».

D'un côté, les méthodologues, experts ou cliniciens qui orientent, proposent des gestes profondément marqués par les exigences d'un modèle de société fondé sur la valorisation de l'autonomie individuelle et la responsabilité. Chacun devant être en mesure d'être « entrepreneur de lui-même ». Dans cette perspective, le « bon » geste clinique est un geste qui n'attache pas mais qui individualise. Il s'agira d'activer la personne via un « *contrat individualisé* », un « *projet personnalisé* ». De l'autre, pour les cliniciens en posture d'indétermination, pour être autonome il faut avant tout être bien attaché. Le « bon » geste est donc celui qui convoque les liens, les accroches, les adresses, les supports, les attachements, tout en étant sensible à l'indétermination dans laquelle se trouve la personne. Les cliniciens se situent ici en amont d'une politique de responsabilisation, ce qui entraîne, de fait, une impossibilité de mise en place d'évaluation formelle des gestes prodigués.

Nous avons vu à travers l'étude de la proposition de formalisation de la clinique de Colette PITICI, qu'être sensible à l'indétermination consiste à faire signe vers la vulnérabilité de la personne, non seulement en s'adressant (physiquement) à son corps, mais également en se montrant disposé à se laisser toucher ou affecter par elle, prêt en permanence à maintenir un contact. L'engagement pour une telle sensibilité pour les particularités de la personne et de ses problèmes (Mr TABARY), c'est-à-dire vers ce qui n'est ni prévisible ni standardisable, semble, en retour, appeler une « expertise » et suggérer une « écologie » permettant de discerner les problèmes, les besoins et les « prises » de réponses appropriées dans l'environnement de la personne. Une telle clinique des attachements enclenche une spirale du concernement - répondre toujours présent, sans disposer de moyens d'y mettre un point d'arrêt, que ce soit sous forme d'objectif, de rendez-vous, ou d'indicateur de résultat qui tiennent.

Contrairement à la posture de coordination qui serait prise par l'impératif gestionnaire, les cliniciens de la précarité qui s'engagent dans une telle pratique de *care* ne cherchent pas à rendre la relation d'aide plus adaptée. La relation mise en œuvre constitue la modalité même selon laquelle certains bienfaits, via les supports cliniques, sont prodigués. Comme le souligne Luca PATTARONI¹, un tel engagement dans la relation d'aide suppose que le clinicien mette en œuvre un environnement familial, une aisance, où les gestes rencontrent les objets et les êtres habituels de la personne. « L'aisance marque ainsi la félicité d'un rapport *familier* au monde [Breviglieri, 2005]. Dès lors, les conditions de cette aisance sont singulières, elles dépendent de repères qui diffèrent pour chaque personne. » Pour les cliniciens de la précarité, prendre soin de cette aisance consiste à être militant du social (Mr TABARY) ou encore « *être dérangé par le social* » (Jean FURTOS²), c'est-à-dire être tourné vers ce qui constitue l'ancrage familial et singulier de la personne dans son environnement social. Institutionnaliser une telle pratique de *care* revient alors à militer pour une sorte de « bienveillance dispositive », au sens d'Emmanuel BELIN³ et de Michel FOUCAULT¹, c'est-à-

¹ PATTARONI L., « Le *care* est-il institutionnalisable ? », dans PAPERMAN P., LAUGIER S., (dir.), (2005), *op. cit.*, p. 187.

² « *Etre dérangé par le social* » est le titre qu'a donné Jean FURTOS à l'introduction de son dernier ouvrage collectif *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs*, (2008), Issy-les-Moulineaux, Editions Masson, p. 1-6.

³ Emmanuel BELIN cherchait, lui aussi, à saisir la nature des supports à l'œuvre dans les processus d'individuation contemporains : « Une théorie des prothèses a tendance à se présenter comme une entreprise d'élargissement de l'individu. Nous comprenons qu'il faille se doter de catégories plus larges que celle d'individu et que, lorsqu'on s'attache à ces objets particuliers qui viennent s'ancrer au corps, il peut paraître

dire une réponse tactique à un besoin de réajustement permanent et qui permet de considérer le savoir et le pouvoir de l'autre (quelque soit l'autre, personne ou professionnel) et ce en situation (présentisme). Cette bienveillance qui, pour Robert SPAEMANN² consiste à tendre vers ce qui est le convenable pour l'autre, ce qui donne un contenu à son propre « être tendu vers », ne s'intéresse pas à un ensemble de besoins, qu'il s'agirait de lister, de prendre en charge puis de réévaluer, ce qui renverrait à une idéologie progressiste, mais à l'accueil et à la reconnaissance des problèmes de l'autre, pris dans son altérité radicale. Comme le souligne Patricia PAPERMAN, « l'attention à l'autre concret, aux particularités des situations appelant une réponse (une réaction, une prise en considération) construit un lien social basique dont l'absence pointe *a contrario* l'importance et la signification proprement humaine de ces soins et de cette sorte d'attention. Un genre d'attention, une façon de prendre soin qui ancre la valeur de cette particularité dans un monde familier de la sorte qu'en ce point au moins, cet individu reçoive reconnaissance au sens que lui donne A.Honneth. Mais ce n'est pas seulement la constitution de la personne que le *care* contribue à façonner qui importe ; c'est aussi l'assurance d'un ancrage, d'un sentiment d'appartenance en l'absence duquel il serait sans doute difficile de donner un contenu à ce que faire société veut dire. Cette manière de se

pertinent de dire qu'on a affaire à « un individu muni de... », mais si nous voulons donner son plein sens au fait que ce dont on est muni, on peut de moins en moins s'en passer, il nous faut inventer une nouvelle catégorie. C'est pourquoi nous parlons d'espaces potentiels, peuplés d'objets ambigus, qu'on pourrait appeler, avec Latour, « faitiches » si le terme n'était pas si vilain. Ces environnements ambigus, nous les appellerons dispositifs. [...] La bienveillance est ici comprise comme une attitude envers autrui et investie d'un sens fondationnel. Il s'agit d'un amour sans désir, dans lequel Spaemann résume la tension entre une conception eudémoniste de la morale – l'éthique comme doctrine de la réussite de la vie – et une autre, universaliste, qui présente sous la forme d'impératifs ou de devoirs envers autrui. Pour lui, « la bienveillance est, pour l'homme bienveillant lui-même, un cadeau. Elle est l'*eudaimonia*, la réussite de la vie, réussite qui, sur le terrain de la simple vitalité et de la tendance, nous semblait grevée d'antinomies insurmontables ». Elle est même, poursuit-il, la forme paradigmatique de la vie éveillée à la raison : raison qui « cesse de s'opposer abstraitement à la vie,... devient concrète, se remplit d'une force vive – comme imagination créative et vouloir résolu : bienveillance, vouloir du bien. Dans ce dernier, la réalité se montre en tant que telle, c'est-à-dire : sous un jour amical ». Cette dernière proposition nous fait dire que nous parlons bien du même concept, mais depuis une perspective toute différente. La bienveillance est pour nous une expérience, l'impression d'être « bien veillé ». Elle n'est pas ce qui fait voir le monde sous un jour amical, mais le fait de voir le monde sous un jour amical. Elle débouche bien sur une action de grâce, mais c'est parce qu'elle convoie le sentiment de grâce [...]. La différence essentielle, radicale, que présente notre concept par rapport aux approches classiques et moralisantes de la bienveillance, est que celle-ci ne nous apparaît pas comme le résultat d'une conduite ou d'une posture humaines, mais au contraire comme une caractéristique descriptive d'un environnement. Pour cette raison, nous parlons de *bienveillance dispositive*, c'est-à-dire d'une bienveillance construite sur l'absence et non sur le regard. » BELIN E., « De la bienveillance dispositive », dans *Le dispositif, entre usage et concept*, Revue Hermès, n°25, 1999, CNRS Éditions, p. 245-259.

¹ Michel FOUCAULT se représentait le dispositif comme « un ensemble résolument hétérogène, comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques, bref : du dit, aussi bien que du non-dit, voilà les éléments du dispositif. Le dispositif lui-même, c'est le réseau qu'on peut établir entre ces éléments. » FOUCAULT M., (1994), *Dits et écrits*, n°169, « Questions à Michel Foucault », (1976), Gallimard Tome 2, p. 299.

² SPAEMANN R., (1997), *Bonheur et bienveillance. Essai sur l'éthique*, Paris, PUF, p. 136.

relier à chacun comme personne particulière, le souci de maintenir la relation en cas de conflit d'intérêt font de cette orientation envers autrui l'opérateur d'un lien *social* basique, d'une inclusion. »¹ La « bienveillance dispositive » permet de redonner une place dans la société à la personne en situation de précarité, en lui offrant la possibilité de tendre vers une meilleure prise en compte de ce qui la relie aux autres par la reconnaissance de ses attachements.

En ce sens, la pratique de *care* dans le champ de la précarité semble venir constituer, pour les cliniciens de la précarité, une alternative complétant le dessin libéral d'un impératif gestionnaire où la relation à l'autre est placée sous le seul signe du respect d'un ensemble de droits formels² qu'il s'agirait de distribuer en échange d'un devoir d'activation de soi. Comme le fait remarquer Selma SEVENHUIJSEN³, « l'amitié, l'attachement, l'intimité, la dignité et le respect ne sont pas des besoins que l'on peut revendiquer mais des besoins nécessaires pour permettre une vie véritablement humaine. » Nous comprenons alors que le CSMP, porteur de « bienveillance dispositive », s'il apparaît comme essentiel pour l'organisation d'une société plus juste, ne peut que se tenir aux limites de l'institution, et venir, au mieux, l'étayer lorsque celle-ci est en crise.



¹ PAPERMAN P., « Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel », dans PAPERMAN P., LAUGIER S., (dir.), (2005), *op. cit.*, p. 294.

² BAIER A., « The need for more than justice », dans *Moral prejudices*, Cambridge (MA), Harvard University Press, 1995, p. 23.

³ SEVENHUIJSEN S., (1998), *Citizenship and the Ethics of Care*, Londres-New York, Routledge, p. 111.

CONCLUSION GENERALE

Dans un contexte de transformation, opéré depuis la fin des années 80, de l'Etat providence vers ce qu'il est devenu commun d'appeler l'« Etat Social Actif », ce travail de thèse cherche à comprendre quelles sont les technologies de prise en charge des individus dits « en situation de précarité sociale », présentant un mal-être psychique en lien avec une impossibilité, récente ou plus ancienne, de s'affirmer sujet de leur propre vie. Pour ce faire, il s'agit d'interroger la manière dont les cliniciens agissent, traduisent en action auprès d'autrui, une politique publique : la politique d'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité.

Notre thèse est la suivante : il émerge actuellement des *collectifs d'intervention* qui, par un travail de reconnaissance du *parcours de vulnérabilité* des personnes en situation de précarité engagent une pratique spécifique de soin qui relève du *care*. A travers cette pratique de *care*, ils cherchent avant tout à maintenir et/ou réparer la sociabilité des personnes en situation de précarité en s'adressant autant à leur corps et à leur subjectivité qu'à l'ensemble des êtres et objets présents dans leur environnement.

UNE CLINIQUE ECOLOGIQUE DE LA VULNERABILITE SOCIALE CONSTRUITE DANS ET PAR L'ATTACHEMENT A DES SUPPORTS

Tout d'abord, nous avons mis en évidence que l'activité des professionnels de la précarité ne vise plus seulement à soigner (pratique de *cure*) un « état » (une psychose, une dépression) en décrivant la psychopathologie du sujet isolé de son environnement mais à prendre soin (pratique de *care*) d'une « personne » afin d'éviter qu'elle ne (re)chute encore plus bas. Pour ce faire, à partir d'une lecture proposée par la clinique psychosociale élaborée par l'ORSPERE, les cliniciens de la précarité saisissent la « personne » comme un « sujet social » en « souffrance psychique », c'est-à-dire qu'ils tentent d'analyser à la fois son vécu par rapport à la société et le contexte socioculturel qu'elle lui impose. Afin de prévenir les risques d'apparition de cette « souffrance psychique » partout où, dans le social, elle est susceptible d'émerger, il s'agit pour eux de décrire la vulnérabilité sociale à la souffrance psychique et ce, notamment, à travers une mise en gradation du processus de précarisation (d'« *une souffrance qui aide à vivre* » à « *une souffrance qui empêche de souffrir, donc de vivre* »)

dont le degré de gravité augmente au fur et à mesure que la personne en souffrance psychique se retrouve affectée par ce que ces cliniciens identifient, à partir de la lecture de l'ouvrage de Guillaume LE BLANC¹, comme des atteintes relevant de la misère (augmentation de la perte des propriétés sociales de l'individu), de la marginalité (augmentation de l'empêchement dans la créativité à agir) et du mépris (augmentation de l'impossibilité de prise de posture narrative).

Afin de répondre à ces atteintes, les cliniciens de la précarité proposent de négocier avec la personne en situation de précarité l'utilisation de supports, véritables médiateurs de la sociabilité proposée. En fonction de l'utilisation de ces supports (de propriété, d'action, de narration), les cliniciens mettent en œuvre différentes formes d'intervention traversées par tout un ensemble de lignes de tension : dans le rapport pédagogique (expertise/égalité des intelligences) ; dans le processus d'individuation (devenir soi en étant indépendant/devenir soi en étant interdépendant) ; dans la posture clinique (posture de coordination/posture d'indétermination) ; dans l'impératif politique (activation du capital ressource de la personne/mobilisation des attachements de la personne).

Ensuite, nous avons mis en évidence que pour rendre cette clinique de la précarité possible, la psychiatrie et le travail social se déplaçaient actuellement vers la santé mentale, ce qui se traduit par un déploiement territorial de dispositifs-réseaux qui s'informent (au sens de prendre forme) de l'ensemble des traitements subjectifs et intersubjectifs des problèmes des personnes en situation de précarité, à commencer par leurs parcours de vulnérabilité. En s'appuyant sur un maillage de professionnels répartis ici à l'échelle d'un département, ces dispositifs-réseaux fonctionnent comme des collectifs de mutualisation de prises en charge (communauté de charge) et tentent de soigner les personnes en situation de précarité à la fois en les suivant en proximité dans la communauté (clinique de *suivi*) ou, plus à distance, de manière collective (clinique du *parcours*), à travers toute une technologie du transport entre les institutions et de la traduction de langages et de savoirs entre les professionnels impliqués (clinique sur *site*). Le double mouvement de sociologisation des soignants et de sanitarisation des travailleurs sociaux et, au sein de ce mouvement, l'apparition de la forme métisse des agencements réflexifs qui rend plastique les identités professionnelles (sans les faire pour

¹ LE BLANC G., (2007), *op. cit.*

autant disparaître¹), indiquent que les dispositifs étudiés visent à produire potentiellement autant de liens sociaux que de sujets en fonction de ce que la situation de rencontre clinicien/personne fait émerger.

A partir de la clinique psychosociale qui s'intéresse à la perte des attachements de la personne saisie dans son environnement, les cliniciens de la précarité développent une clinique que nous pouvons qualifier d'écologique dans le sens où ce qui constitue l'adresse du lien à étayer n'est déterminé que par l'individu lui-même en lien avec tout ce qui le relie au monde. 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 ».

Du même coup, il nous semble que la transversalité des champs d'intervention de la santé mentale, dénoncée par Alain EHRENBURG comme étant la conséquence de l'injonction sociale à l'autonomie et à la responsabilité², donne à voir également comment se travaille aujourd'hui l'interdépendance dans la relation de soin. L'accompagnement de la personne en situation de précarité nécessite que le clinicien et le collectif qui le soutient se fassent ethnographes des attachements (famille, culture, travail, droits, santé, argent, etc.) de l'individu en souffrance, quitte à mobiliser dans cette ethnographie personnalisée tous les corpus doctrinaux ressources et toutes les épistémologies (sociologie, anthropologie, psychologie, médecine, santé publique, économie, philosophie, etc.) leur permettant de mieux situer/comprendre ces attachements³.

¹ S'ils oscillent en permanence entre différentes postures et statuts - de coordination à d'indétermination, d'agent ordinaire de l'institution à référent -, s'ils doivent être à l'aise avec leur « métier flou » jusqu'à devenir « entrepreneur social » (JEANNOT G., (2005), *op. cit.*), lorsqu'ils se présentent, les professionnels de la précarité revendiquent toujours qu'ils sont d'abord psychiatres, psychologues, infirmiers, cadres infirmier, assistants de services sociaux, éducateurs, etc. Ce n'est que dans un second temps seulement qu'ils amènent leur identité « floue » de référent, coordinateur, chef de projet, etc. Leur engagement pour cette seconde identité n'en n'est pas moindre, comme nous l'avons vu, puisque pour beaucoup il est un moyen d'approfondissement voire de prolongement de leur profession. Il nous semble qu'il y a là une professionnalisation nouvelle qui relève également du métissage, ce qui nécessiterait d'être mieux étudié.

² EHRENBURG A., *op. cit.*, mai 2004.

³ Cette analyse donne un sens à la forme métisse des agencements réflexifs. Il resterait à voir si cette forme convient à des contextes différents puisqu'elle a été également repérée par d'autres sociologues tels que Marcelo OTERO qui parle cependant d'« éclectisme » plutôt que de métissage : « La cohabitation de multiples modèles et techniques jadis antagonistes et la recherche de compromis, voire de « synthèses définitives », ont inspiré non seulement des boutades (qu'on pense par exemple à la formule d'humanisme comportemental », mais ont également favorisé le développement d'un véritable mouvement éclectique au sens non péjoratif du terme. [...] L'éclectisme n'est plus seulement une « attitude thérapeutique » tolérée, mais il est devenu un modèle en soi. [...] L'évolution des psychothérapies semble s'inspirer désormais « d'un mouvement multi-théorique ou plutôt multi-systémique » issu d'un esprit d'ouverture « théorique et pratique considérable » des principales écoles psychothérapeutiques (psychanalyse, comportementisme et humanisme) qui pourrait conduire à « une recherche commune des ingrédients

Dès lors, les cliniciens de la précarité ne traduisent pas les politiques de santé mentale au front de la précarité seulement en termes de prestations sociales et d'offres de soin qu'il s'agirait de redistribuer en contrepartie de l'activation des individus¹. Ces politiques permettent également aux cliniciens, et notamment du fait de leur engagement², de les traduire en de nouvelles manières de penser et d'assurer le maintien de ces individus en reconnaissant à la fois leurs droits et les multiples formes d'attachements qui les relient au monde.

L'ÉMERGENCE DE FORMES COLLECTIVES DE SOLIDARITÉ THÉRAPEUTIQUE AU SEIN DES POLITIQUES PUBLIQUES DE PROTECTION SOCIALE

Cette analyse sociologique des transformations des technologies de traitement clinique du nouveau risque social « précarité » offre une grille de lecture du sens des évolutions de la protection sociale qui sont actuellement à l'œuvre en France. Alors que, depuis les années 2000, les champs de la psychiatrie et du travail social tentent de se rapprocher en constituant des dispositifs-réseaux dans un contexte d'activation généralisée tant des personnes en situation de précarité que des professionnels qui les accompagnent, il émerge simultanément de nouvelles formes de solidarité centrées plus sur la décence et l'*empowerment* (convocation) des sociabilités des individus que sur des exigences d'autonomie, de responsabilité et de flexibilité³. Plus qu'une thérapie sociale qui pourrait être administrée dans le colloque singulier, ces dispositifs-réseaux constituent de véritables formes de solidarité à visée thérapeutique puisqu'il s'agit bien de prévenir collectivement les risques de (re)-chutes des personnes en situation de précarité⁴.

actifs de l'intervention et une convergence constante, sinon une intégration de plus en plus articulée des différents systèmes psychothérapeutiques ». L'ampleur de ce « mouvement de rapprochement » entre des orientations jadis hostiles a l'air d'une telle importance qu'il est possible d'envisager « un nouvel essor scientifique et professionnel pour la psychothérapie », mettant fin à « l'état de crise qui la caractérise depuis la fin des années 1960. » OTERO M., (2003), *op. cit.*, p. 115-116.

¹ ASTIER I., DUVOUX N. (dir), (2006), *op. cit.*

² D'une certaine manière, cet engagement rend également ces pratiques très fragiles et incertaines car très tributaires des renommées locales, du militantisme, de la capacité d'innovation, de la capacité à surmonter les situations d'impasse et du charisme de leurs promoteurs.

³ DUBET F., (2002), *op. cit.* ; SICOT F., dans BRESSON M., (2006), *op. cit.*

⁴ Nos analyses rejoignent et étayent ici la proposition de Danilo MARTUCELLI contenue dans la citation placée en épigraphe de cette thèse : « Tous les individus ont des supports, mais tous les supports ne permettent pas, et de loin, la réussite de l'individuation. L'étude de cette dimension devrait ainsi mener à terme la sociologie vers l'analyse de dimensions pathologiques d'une autre nature, et avec un autre regard, que celui qu'y porte la psychologie. Pour cela, il faudra prendre acte qu'à côté du rôle du langage, et des divers efforts de narration de soi, les supports, par le biais de leur diversité, de leur variation et de leur différentiel de légitimité sociale, dégagent des espaces, pratiques et symboliques, susceptibles de donner lieu à une thérapie proprement sociale. » MARTUCELLI D., (2002), *op. cit.*, p. 138-139.

Les technologies de traitement clinique de la précarité (collectifs d'intervention, pratique de *care*) donnent à voir une forme de protection sociale hybride qui répond à plusieurs logiques politiques enchevêtrées. Sur le plan de l'économie politique, les cliniciens, identifiant des atteintes relevant de la misère et de la marginalité, mobilisent tout un ensemble de remèdes liés à la distribution qui combinent des traits assurantiels originels, qu'on pourrait dire bismarckiens (assurance maladie, assurance sociale – chômage, accident du travail, etc.), avec des traits assistantiels (les supports cliniques tels que minima sociaux, RMI, AAH, CMU, etc.). L'activation des individus, via l'arsenal des *contrats* et des *projets*, étant devenue la contrepartie de ces filets de protection, la clinique de la précarité se retrouve aux limites du dessein libéral prôné par les nouvelles politiques de l'Etat social actif. Mais, en même temps, sur le plan culturel et symbolique, les cliniciens, identifiant des atteintes relevant de la marginalité et du mépris, mobilisent tout un ensemble de remèdes liés à la reconnaissance qui présentent les traits d'un modèle écologique où l'importance est plutôt donnée aux structures collectives de services et d'accompagnement qui environnent la personne. Il s'agit moins de mettre la pression sur 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 relie aux autres et à son environnement.

Les transformations des politiques d'intégration sociale via ces pratiques de santé mentale ne donnent donc pas à voir le retrait de l'Etat mais plutôt, à travers la mise en œuvre des politiques d'accès à la prévention et aux soins, une volonté d'animer un mouvement de revitalisation des solidarités au sein de l'espace public, en majorant l'engagement de professionnels pour des dispositifs transversaux de coordination entre le sanitaire et le social. Si cette nouvelle donne est sous-tendue par une double perspective, libérale - la clinique par projets et ses valeurs qui relèvent de l'activation, de la performance et de la rationalisation, et écologique - la clinique des attachements et ses valeurs qui relèvent de la solidarité, de la bienveillance et de la prise en compte de l'environnement de l'individu, c'est parce que la seconde, du fait de la problématique sociale traitée, repose en partie sur la première. Si, comme nous l'avons montré, c'est bien la problématique des personnes en situation de précarité (leurs parcours de vulnérabilité) qui dessine le sens de la circulation des intervenants (jusqu'à devenir une clinique des *parcours*), le territoire des personnes en souffrance, et celui des dispositifs et collectifs qui les traitent, ne doivent faire qu'un, ou, du moins, s'ajuster en permanence l'un à l'autre. Ce faisant, le territoire d'intervention clinique devient le lieu où

vont se confronter les processus d'individuation liés à la perspective libérale - être autonome et responsable, faire preuve d'initiatives, assumer soi-même les risques - véhiculés par la clinique par projets, et ceux liés à la perspective écologique - 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 - véhiculés par la clinique des attachements.

Chez les référents du Carrefour Santé Mentale Précarité, cette confrontation montre une prédominance de la perspective écologique sur la perspective libérale. Notamment parce que, d'une part, l'activité générique de *care* mise en œuvre repose sur un dispositif dont l'institutionnalisation des cadres organisationnels reste fortement ancrée dans l'idéologie fondatrice de la psychiatrie de secteur (se rapprocher du milieu de vie des patients, se préoccuper de l'entourage des personnes en souffrance, décloisonner l'institution), et, d'autre part, parce que leur engagement politique pour une pratique de *care* repose sur une lutte et une critique fortes, portées collectivement, des différentes formes d'injustice et de domination qui peuvent traverser la clinique contemporaine (impératif gestionnaire, psychiatrie mandarinale, expertise des méthodologues de la santé publique, imposition d'un régime théorico-pratique sur les autres - primat de la psychanalyse, de la psychologie comportementale, ou encore de la méthodologie propre à l'évaluation des pratiques professionnelles). Néanmoins, et comme nous l'avons vu, les différentes formes d'intervention appartenant au « bon » geste de la posture d'indétermination s'appuient aussi sur des « conditions pragmatiques de félicité » rendues possibles par la disposition organisationnelle de la posture de coordination (pour faire exister la clinique en réseau, pour prendre soin de la relation d'aide elle-même), et donc sur la perspective libérale.

L'enjeu actuel pour les cliniciens gestionnaires du risque précarité se situe alors dans une tension entre un modèle de société fondé sur la valorisation de l'autonomie individuelle et la responsabilité par la redistribution de supports venant pallier aux besoins de la personne, et un modèle de société fondé sur la restitution de la dignité par la reconnaissance de la singularité d'être attaché et capable de nouer des rapports humains. Bref, entre une clinique individualiste, envers laquelle il s'agit de rester critique, et une clinique solidariste du vivre ensemble en société, et où l'horizon de dignité nécessite de se déployer dans des cadres institutionnels qui délimitent ses formes et sa visée au nom d'une meilleure efficacité. C'est dans cette tension que le traitement clinique de la précarité semble trouver l'assurance d'offrir à la personne les supports de son individuation.

PERSPECTIVE, POSTURE DE RECHERCHE ET INTERFERENCES

Perspective. L'engagement pour une pratique de *care* comporte une contrainte forte non encore évoquée : l'asymétrie des positions entre la personne en situation de précarité et les collectifs de cliniciens, asymétrie contenue dans le fait de s'engager à prendre soin des attachements d'individus qui ne sont pas en capacité de le faire seul pour eux-mêmes. C'est cette asymétrie, qui signe l'accord tacite entre la personne en situation de précarité et le collectif de cliniciens qui va prendre soin d'elle en se souciant de ses attachements : chacun s'engage à dépendre de règles et de lois qui lui sont extérieures, autrement dit chacun s'engage à se laisser agir par l'autre, à reconnaître ses interdépendances. Il y a dans le *care* une norme d'attachement tendue vers ceux qui ne sont pas en capacité de prendre soin d'eux-mêmes, puisqu'il s'agit toujours de prendre conscience de son lien à autrui. Si ce type de pratique de *care* semble pouvoir constituer une réponse cohérente pour les publics aux attachements vulnérables, sa généralisation à un plus large public, via des politiques de protection sociale qui l'intégreraient au cœur de ses dispositifs et institutions, nécessite vigilance et précaution. D'une part, comme nous l'avons vu, la pratique de *care* n'est pas institutionnalisable et, d'autre part, il y a un risque de voir apparaître une forme d'injonction à l'attachement et concomitamment un filet de protection contraignant jouant le rôle de camisole sociale.

La pratique de *care*, telle qu'elle m'est apparue dans cette recherche, constitue un progrès social et un gain démocratique certain. Cependant, il me semble pertinent, en sociologue, avant que le concept de *care* ne soit complètement repris par l'action publique (qui cherche à l'opérationnaliser via les logiques rationnelles que j'ai évoquées plus haut - évaluation, impératif gestionnaire, etc.), d'approfondir cette question de l'interdépendance en allant par exemple voir comment elle est traitée dans des cliniques qui se laissent fabriquer par d'autres publics de la santé mentale et, notamment, d'autres publics qui ne formulent pas de demande d'aide, comme par exemple certaines équipes mobiles gériatriques et gérontopsychiatriques qui se déplacent auprès de personnes souffrants de la maladie d'Alzheimer¹. Cela permettrait, de plus, de consolider ou d'infléchir, les montées en généralité que j'ai formulées au sujet des mutations de l'Etat providence et de ses nouvelles formes de filet de protection.

¹ Rapport ROUSSEAU-GIRAL, BASTIANELLI., (2005), *Les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins*, IGAS, rapport n°2005 053.

Posture de recherche. Ce travail sur le traitement clinique de la précarité a mobilisé toutes mes compétences de sociologue, psychologue clinicien et coordinateur de projet, à tel point qu'à de nombreuses reprises, je ne savais plus ce que j'étais. Clinicien avec les sociologues, sociologue avec les cliniciens, j'étais bien souvent le profane des collectifs auxquels je participais, bien incapable de sortir du statut dans lequel m'avait plongé mon directeur de thèse en m'acceptant en DEA de sociologie directement à la fin de mon cursus de psychologie. La démocratie « dialogique »¹ a un coût : celui de vivre l'asymétrie de position et, éventuellement, l'interférence épistémologique.

Dans ces moments-là, si j'avais eu une pratique clinique, les cliniciens de la précarité n'auraient jamais eu trop besoin de me convaincre d'expérimenter, pour mon propre compte, les effets réels de leur pratique de *care*. J'étais de toute façon leur partenaire d'entrée de jeu. L'existence même de cette thèse et de ses choix méthodologiques (être tout entier sociologue avant de pouvoir redevenir clinicien) étaient une preuve de mon engagement pour une clinique qui trouve dans la réflexivité sociologique une de ses principales sources d'étayage, puisque j'avais été jusqu'à mettre de côté ce en quoi j'étais initialement formé, pour faire moi-même entièrement l'expérience d'aller jusqu'au bout de cette réflexivité. D'un certain point de vue, cette sortie quasi transgressive de la clinique me plaçait paradoxalement comme un traducteur idéal dans ses échanges avec la sociologie, alors même qu'il me fallait avancer masqué sur le terrain, justement pour être tout entier sociologue. Je me retrouvais donc moi aussi dans une asymétrie de position, asymétrie placée au cœur de ma posture d'observateur impliqué.

Au début de cette thèse, je n'ai pas cessé d'osciller entre deux écueils : si je m'impliquais, le travail de terrain devenait, selon les terrains, une aventure de clinicien ou de coordinateur, c'est-à-dire tout autre chose que le travail du sociologue ; mais si je tentais d'« observer », c'est-à-dire de me tenir à distance, je ne trouvais rien à « observer ». Dans le premier cas, mon projet de connaissance était menacé, dans le second, il était ruiné. Je me suis alors raccroché à mon cahier de notes personnelles et à d'incessantes séances de travail sur ma posture de recherche. Cela a donné lieu à toutes ces notes, placées à différents endroits de cette thèse, rédigées lorsque je sentais que ma posture (même analytique) était ébranlée par le terrain. En même temps, ces supports de réflexivité étaient finalement les seuls lieux intimes où je pouvais me laisser aller à être un individu pluriel. Avec pour horizon normatif la tradition complémentariste de DEVEREUX qui, comme je l'ai évoqué en introduction, m'invitait à

¹ CALLON M., LASCOUMES P., BARTHE Y., (2001), *op. cit.*

articuler mes postures de sociologue et de psychologue dans un rapport de successivité, j'ai cependant choisi de faire de l'implication un de mes principaux instruments de connaissance. Dans mes rencontres avec les cliniciens, je me laissais affecter et subjectiver, sans chercher à enquêter, en me laissant guider par la situation et surtout par ce à quoi tenaient les cliniciens. S'il m'arrivait de prendre des notes, le plus souvent, le cahier restait ouvert devant moi, bien incapable d'écrire quoique ce soit devant la multitude d'informations que je recevais. Ce n'est que le soir voire quelques jours après, que le film de mes rencontres se déroulait devant moi et que j'étais en capacité de le retranscrire. L'analyse a été longue car possible seulement plusieurs mois voire plus d'une année après ma confrontation au terrain.

Avec un peu plus de distance, je me rends bien compte qu'en me laissant guider de la sorte par ce qui comptait pour les cliniciens, je prenais exactement la même posture qu'eux lorsqu'ils suivaient les personnes en situation de précarité. J'étais, à ma manière, attentif à convoquer leurs attachements en rebondissant souvent sur ce qui semblait compter le plus pour eux, notamment les savoirs sociologiques et anthropologiques.

Interférences. Cette thèse est le fruit d'un ensemble d'interférences entre mon projet de connaissance d'aller tout entier vers la sociologie pour revenir mieux armé vers la clinique, mon souci d'une posture de recherche qui se laisse affecter par les attachements des cliniciens, et la place particulière qu'entretiennent la sociologie et l'anthropologie auprès des cliniciens lorsqu'ils se laissent eux-mêmes guider plutôt par les attachements de la personne que par sa parole en tant que telle. En sociologue, je n'ai pas vraiment davantage de moyens pour me dégager du vécu de terrain que de prendre en compte ces interférences entre mes postures professionnelles, mon objet de recherche et celui des cliniciens dont j'ai étudié les actions. En psychologue, cette méthode de dégagement du vécu de terrain par la prise en compte des interférences épistémologiques me semble constituer à la fois une aide précieuse, autant pour moi-même que pour les cliniciens de la précarité lorsqu'ils cherchent à se transformer eux-mêmes en se tournant vers la sociologie, et une garantie pour qu'un tel travail de transformation ne participe pas, depuis la posture sociologique, à produire un nouveau modèle clinique. Puisse, éventuellement, cette thèse participer à alimenter la tension entre psychologie et sociologie, quitte à générer, par là même, de nouvelles interférences.



BIBLIOGRAPHIE

LITTÉRATURE EN SCIENCES SOCIALES

ANDERSON N., (1993), *Le hobo*, Paris, Nathan.

ARNSPERGER C., « L'Etat social actif comme nouveau paradigme de la justice sociale. L'avènement du solidarisme responsabiliste et l'inversion de la solidarité », dans VIELLE P., POCHET P., CASSIERS I. (dir), (2005), *L'Etat social actif. Vers un changement de paradigme ?*, Bruxelles, P.I.E.-Peter Lang., p. 279-300.

ASTIER I., (2006), *La société biographique : une injonction à vivre dignement*, Paris, L'Harmattan.

ASTIER I., (2007), *Les nouvelles règles du social*, Paris, Le Lien social, PUF.

BAIER A., « The need for more than justice » dans *Moral prejudices*, Cambridge (MA), Harvard University Press, 1995, p. 18-32.

BARBIER J-C., PEREZ C., « Evaluer l'efficacité organisationnelle d'un dispositif public : l'exemple des Plans locaux d'insertion économique » dans GAZIER B., OUTIN J-L., (1999), *L'économie sociale, formes d'organisation et institution*, XIX Journées de l'AES, Paris, L'Harmattan, Tome I, p. 82-96.

BARBOT J., (2002), *Les malades en mouvement. La médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris, Balland.

BECK U., (2001), *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Flammarion.

BECKER H.S., (2002), *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*, Paris, Editions La Découverte.

BELBAHRI A., « Figures du militantisme Beur », dans ION J., (2001), *L'engagement au pluriel*, Saint-Etienne, Publications de l'Université de Saint-Etienne, p. 85-114.

BELIN E., « De la bienveillance dispositif », dans *Le dispositif, entre usage et concept*, Revue Hermès, n°25, 1999, CNRS Éditions, p. 245-259.

BERNSTEIN M., JASPER J.-M., « Les tireurs d'alarme dans les conflits sur les risques technologiques! entre intérêts particuliers et crédibilité », dans la revue *Politix*, Paris, Hermes Science, n° 44, 1998, p. 109-134.

BERTHELOT J.-M., (2000), *La sociologie française contemporaine*, Paris, PUF.

BOLLAS C., (1996), *Les forces de la destinée. La psychanalyse et l'idiome humain*, traduit de l'anglais par Aline Weil, Paris, Calmann-Lévy.

BOLTANSKI L., (1990), *L'Amour et la justice comme compétences. Trois essais de sociologie de l'action*, Paris, Métailié.

BOLTANSKI L., THEVENOT L., (1991), *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Editions Gallimard.

BOLTANSKI L., CHIAPELLO E., (1999), *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, NRF essais, Gallimard.

BOUDER A., CADET J.-P., DEMAZIERE D., « Evaluer les effets des dispositifs d'insertion pour les jeunes et les chômeurs de longue durée. Un bilan méthodologique », Documents Synthèse CEREQ, n°98, 1994.

BOURDIEU P., (1993), *La misère du monde*, Paris, Seuil.

BOURDIEU P., (1997), *Méditations pascaliennes*, Paris, Seuil.

BOURDIEU P., (1998), *Contre feux*, Paris, Raisons d'agir.

BOYER R., « Changement d'époque... mais diversité persistante des systèmes de protection sociale », dans VIELLE P., POCHET P., CASSIERS I. (dir), (2005), *L'Etat social actif. Vers un changement de paradigme ?*, Bruxelles, P.I.E.-Peter Lang., p. 33-59.

BRESSON M. (dir), (2006), *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*, Paris, L'Harmattan.

BREVIGLIERI M., « Penser la dignité sans parler le langage de la capacité à agir », dans PAYET J.-P., BATTEGAY A., (2008), *La reconnaissance à l'épreuve. Explorations socio-anthropologiques*, Lille, Presses Universitaires du Septentrion, p. 83-92.

BRONGNIART P., MERCIER A., STELLINGER A., (2007), « L'Etat providence face à la mutation des risques sociaux », Rapport de la Fondation pour l'innovation politique.

BROUSSE C., « Définir et compter les sans abri en Europe : enjeux et controverses », *Genèses*, n°58, 2005, p. 48-71.

CAILLE A., CHANIAL P., « Présentation », dans *L'amour des autres. Care, compassion et humanisme*, Paris, La Découverte, Revue du Mauss, n°32, 2008, p. 18.

CALLICOTT B., (1994), *Earth's Insights. A Multicultural Survey of Ecological Ethics from the Mediterranean Basin to the Australian Outback*, University of California Press.

- CALLINOS A., (2001), *Against the Third Way : An Anti-capitalist Critique*, Cambridge, Polity Press.
- CALLON M., RABEHARISOA V., (1999), *Le pouvoir des malades. L'association française contre les myopathies et la recherche*, Paris, Les Presses de l'Ecole des Mines de Paris.
- CALLON M., LASCOUMES P., BARTHE Y., (2001), *Agir dans un monde incertain, Essai sur la démocratie technique*, Paris, Editions du Seuil.
- CANGUILHEM G., (2002), *Ecrits sur la médecine*, Paris, Seuil.
- CANTELLI F., GENARD J.L. (coord), (2007), *Action publique et subjectivité*, Paris, L.G.D.J.
- CASSIERS I., LEBEAU E., « De l'Etat providence à l'Etat social actif. Quels changements de régulation sous-jacents ? » dans VIELLE P., POCHET P., CASSIERS I. (dir), (2005), *L'Etat social actif. Vers un changement de paradigme ?*, Bruxelles, P.I.E.-Peter Lang., p. 93-120.
- CASTEL R., (1973), *Le psychanalysme*, Paris, Flammarion.
- CASTEL R., (1981), *La gestion des risques*, Paris, Les Editions de Minuit.
- CASTEL R., « De l'indigence à l'exclusion : la désaffiliation » dans DONZELOT J., (1991), *Face à l'exclusion, le model Français*, Paris, Editions Esprit., p. 137-168.
- CASTEL R., LAE J.F, (1992), *Le Revenu Minimum d'Insertion, une dette sociale*, Paris, L'Harmattan.
- CASTEL R., (1994), « La notion de problématisation comme mode de lecture de l'histoire », ronéoté.
- CASTEL R., (1995), *Les métamorphoses de la question sociale, une chronique du salariat*, Paris, Fayard.
- CASTEL R., HAROCHE C., (2001), *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi*, Paris, Fayard.
- CASTEL R., « Devenir de l'Etat-providence et travail social », dans ION J. (2005), *Le travail social en débat(s)*, Paris, Editions La Découverte, p. 27-49.
- CHATEAURAYNAUD F., TORNAY D., (1999), *Les Sombres précurseurs : Une Sociologie pragmatique de l'alerte et du risque*, Paris, Editions de l'EHESS.
- CHATEL V., SOULET M.-H., (2002), *Faire face et s'en sortir*, Fribourg, Editions Universitaires Fribourg Suisse.

CHATEL V., SOULET M.-H., (2003), *Agir en situation de vulnérabilité*, Sainte-Foy, Québec, Presses de l'université de Laval.

CHERONNET H., « Les savoirs et les référentiels professionnels des cadres du secteur de l'éducation spécialisée : quand l'aide à la personne s'individualise sous l'impact des politiques sociales », dans BRESSON M., (2006), *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*, Paris, L'Harmattan, p. 207-226.

COHEN D., « La polyvalence dans le travail est-elle toxique ? », *Esprit*, n°1, janvier 2000, p. 59-69.

CORCUFF P., ION J., DE SINGLY F., (2005), *Politiques de l'individualisme, entre sociologie et philosophie*, Paris, Textuel.

De GAULEJAC V., TABOADA LEONETTI I., (1997), *La lutte des places. Insertion et désinsertion*, Paris, Desclée de Brouwer.

De GAULEJAC V., (1999), *L'histoire en héritage*, Paris, Desclée de Brouwer.

De GAULEJAC V., (2005), *La société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement moral*, Paris, Seuil.

DELEUZE G., GUATTARI F., (1975), *Kafka, pour une littérature mineure*, Paris, Les Editions de Minuit.

DELEUZE G., (1989), « Qu'est-ce qu'un dispositif ? », dans *Michel Foucault philosophe, Rencontre internationale. Paris, 9, 10, 11 janvier 1988*, Paris, Seuil, p. 185-195.

DEMAILLY L., « La restructuration des rapports de travail dans les métiers relationnels », *Travail et emploi*, n°76, 1998.

DEMAILLY L., BRESSON M. (dir), (2005), « Les modes de coordination entre professionnels dans le champ de la prise en charge des troubles psychiques », Convention IFRESI/DREES-MIRE/INSERM avec la participation du CCOMS France.

DEMAILLY L., « Dispositifs institutionnels. Dispositifs interstitiels en santé mentale », dans LAVAL C., RAVON B. (coord.), *Réinventer l'institution*, Rhizome n°25, 2006, p. 40-44.

DEPAIGNE A., (2003), « Accréditer la psychiatrie, les premiers pas d'un instrument d'action publique », Réponse à l'appel à projet « Santé mentale » MIRE/DREES, convention MIRE n°10/01.

De PERETTI G., « Sans domicile : une cible mouvante », *Recherches et Prévisions*, INSEE, n°85, septembre 2006, p. 39-50.

- De SINGLY F., (2003), *Les uns avec les autres, Quand l'individualisme crée du lien*, Paris, Hachette littératures.
- DODIER N., BASZANGER I., « Totalisation et altérité dans l'enquête ethnographique » dans *La revue Française de sociologie*, n° 1, vol. 38, 1997, p. 37-66.
- DODIER N., (2002), « Les transformations de la place des usagers de santé mentale », Projet MiRe-DREES.
- DONZELOT J., (1991), *Face à l'exclusion, le model Français*, Paris, Editions Esprit.
- DONZELOT J., (1994), *L'Etat animateur. Essai sur la politique de la ville*, Paris, Editions Esprit.
- DONZELOT J., MEVEL C., WYVEKENS A., (2003), *Faire société. La politique de la ville aux Etats-Unis et en France*, Paris, Le Seuil.
- DUBET F., (2002), *Le déclin des institutions*, Paris, Seuil.
- EHRENBERG A., (1995), *L'individu incertain*, Paris, Hachette.
- EHRENBERG A., (1998), *La fatigue d'être soi*, Paris, Odile Jacob.
- EHRENBERG A., « Les changements de la relation normal-pathologique, A propos de la souffrance psychique et de la santé mentale », dans *Les impasses de la politique culturelle*, Revue Esprit, mai 2004, p. 133-156.
- EHRENBERG A., (2010), *La société du malaise*, Paris, Odile Jacob.
- ELIAS N., (1982), *La solitude des mourants*, Paris, Edition Christian Bourgeois.
- ELIAS N., (1991), *Mozart sociologie d'un génie*, Paris, Ed. du Seuil.
- ELIAS N., (1991), *Qu'est-ce que la sociologie ?*, La Tour d'Aigues, Editions de l'Aube.
- ELIAS N., (1993), *Engagement et distanciation, Contributions à une sociologie de la connaissance*, (1^{er} éd. :1983), Paris, Fayard.
- EME B., « Aux frontières de l'économie : politiques et pratiques d'insertion », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol CIII, 1997, p. 313-333.
- ESPING-ANDERSEN G., (2001), "A New Welfare Architecture for Europe ?", Rapport, http://www.socsci.auc.dk/ccws/students/Esping-A.report_2001_.pdf
- FASSIN D., (2004), *Des Maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*, Paris, Editions La Découverte.
- FAVRET SAADA J., « Etre affecté », *Gradhiva*, n°8, 1990, p. 3-9.
- FOUCAULT M., (1963), *La naissance de la clinique*, Paris, PUF.

- FOUCAULT M., (1976), *La volonté de savoir, Droit de mort et pouvoir sur la vie*, Paris, Gallimard.
- FOUCAULT M., (1994), *Dits et écrits*, Malesherbes, Gallimard Tome 2.
- FOUCAULT M., (1998), *Il faut défendre la société*, Paris, Gallimard.
- FOUCAULT M., (1999), *Religion and culture*, New-York, Editions J.Carrette.
- FOUCAULT M., (2001), *L'herméneutique du sujet*, Paris, Gallimard-Le Seuil.
- FRANGUIADAKIS S., « Aux bords de la rupture ou « faire face » sans s'en sortir... à propos d'une association de réduction de risques auprès de personnes toxicomanes » dans CHATEL V., SOULET M.-H., (2002), *Faire face et s'en sortir*, Fribourg, Editions Universitaires Fribourg Suisse, p. 53-60.
- GAZIER B., OUTIN J.-L., (1999), *L'économie sociale, formes d'organisation et institution*, XIX Journées de l'AES, Paris, L'Harmattan, Tome I.
- GAZIER B., (2003), *Tous sublimes. Vers un nouveau plein emploi*, Paris, Flammarion.
- GIDDENS A., (1991), *Modernity and Self-Identity*, Cambridge, Polity Press.
- GIDDENS A., (1994), *Les conséquences de la modernité*, Paris, L'Harmattan.
- GIDDENS A., (1994), *Beyond Left and Right : The Future of Radical Politics*, Stanford, Stanford University Press.
- GILBERT N., (2002), *Transformation of the Welfare State : The Silent Surrender of Public Responsibility*, New York, Oxford University Press.
- GILLIGAN C., (2008), *Une voix différente*, Paris, Champs-Flammarion.
- GIULIANI F., (2005), *L'ordre pactisé des dispositifs d'accompagnement. Ethnographie de la relation d'aide sur quelques scènes actuelles du travail social*, thèse pour le doctorat de sociologie, Université Lumière-Lyon 2.
- GOFFMAN E., (1968), *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Les Editions de minuit.
- GOFFMAN E., (1973), *La mise en scène de la vie quotidienne*, Paris, Minuit.
- GOFFMAN E., (1991), *Les cadres de l'expérience*, Paris, Les Editions de Minuit.
- GUATTARI F., (1992), *Chaosmose*, Paris, Galilée.
- GUEDEZ A., (1994), *Compagnonnage et apprentissage*, Paris, PUF.
- HAENNI-EMERY S., SOULET M.-S., « L'institution incertaine », dans LAVAL C., RAVON B. (coord.), *Réinventer l'institution*, Rhizome n°25, 2006, p. 4-7.

- HAXAIRE C., (2002), « Représentations de la santé mentale et de la souffrance psychique par les médecins généralistes et leurs patients », Projet de recherche MiRe/DREES, Centre de Recherche Psychotropes, Santé Mentale, Société.
- HENCKES N., (2002), « Innovations organisationnelles et impératifs gestionnaires dans la sectorisation psychiatrique : l'organisation sociale de la psychiatrie dans un département français », Projet de recherche MiRe /DREES, CERMES.
- HERREROS G., (2008), *Au-delà de la sociologie des organisations, Sciences sociales et intervention*, Ramonville Saint-Agne, Editions Erès.
- HUGHES E.C., (1996), *Le regard sociologique. Essais choisis*, Textes rassemblés et présentés par Jean-Michel CHAPOULIE, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- ION J., PERONI M., (1997), *Engagement public et exposition de la personne*, Actes du colloque du CRESAL, Saint-Étienne, 3-5 octobre 1995, Editions de l'Aube.
- ION J., « Faire du social sans social ? » dans MICOUD A., PERONI M., (2000), *Ce qui nous relie*, La Tour d'Aigues, l'Aube éditions, p. 33-44.
- ION J., (2001), *L'engagement au pluriel*, Saint-Etienne, Publications de l'Université de Saint-Etienne.
- ION J., (2005), *Le travail social en débat(s)*, Paris, Editions La Découverte.
- ION J. et AL, (2005), *Travail social et souffrance psychique*, Paris, Dunod.
- ION J., « Individualisation et engagements publics », dans CORCUFF P., ION J., DE SINGLY F., (2005), *Politiques de l'individualisme, entre sociologie et philosophie*, Paris, Textuel, p. 88-112.
- ION J., LAVAL C., RAVON B., « Politiques de l'individu et psychologies d'intervention : transformation des cadres d'action dans le travail social » dans CANTELLI F., GENARD J.-L., (2007), *Action publique et subjectivité*, Paris, L.G.D.J., p. 157-168.
- JAEGER M., (2006), *L'articulation du sanitaire et du social. Travail social et psychiatrie*, Paris, Dunod.
- JEANNOT G., (2005), *Les métiers flous. Travail et action publique*, Toulouse, Octares Éditions.
- JOSEPH I., (1998), *Erving Goffman et la microsociologie*, Paris, PUF.
- JOUBERT M. (dir), (2003), *Santé mentale. Ville et violences*, Ramonville Saint-Agne, Erès.

- JOUBERT M., LOUZOUN C. (dir), (2005), *Répondre à la souffrance sociale*, Ramonville Saint Agne, Erès.
- KAUFMANN J.-C., (1996), *L'entretien compréhensif*, Paris, Ed. Nathan Université.
- LAPLANTINE F., (1996), *La description ethnographique*, Paris, Nathan
- LATOUR B., (1989), *La science en action*, Paris, Gallimard.
- LATOUR B., (1999), *Politiques de la nature, Comment faire entrer les sciences en démocratie*, Paris, Editions La Découverte.
- LATOUR B., « Factures/factures : de la notion de réseau à celle d'attachement », dans MICOUD A., PERONI M., (2000), *Ce qui nous relie*, La Tour d'Aigues, l'Aube éditions, p. 189-207.
- LATOUR B., (2006), *Changer de société, refaire de la sociologie*, Paris, Editions La Découverte.
- LAUGIER S., MOLINIER P., « Politiques du care » dans la revue *Multitudes*, n°37-38, *Politique du care, Micropolitiques de l'habitat non-ordinaire*, Editions Amsterdam, Automne 2009, p. 74-75.
- LAUGIER S., MOLINIER P., PAPERMAN P., (2009), *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris, Payot.
- LAVAL C., VIDAL-NAQUET P., FURTOS J., (1997), « Souffrance psychique et Précarité. Enquête dans un quartier d'habitat social », Rapport pour la DDASS de l'Ain.
- LAVAL C., « Les réaménagements de la relation d'aide à l'épreuve de la souffrance psychique. L'exemple du dispositif du RMI en région Rhône-Alpes », Rapport MRIE, novembre 2002.
- LAVAL C., (2009), *Des psychologues sur le front de l'insertion - Souci clinique et question sociale*, Ramonville Saint Agne, Erès.
- LEVI-STRAUSS C., (1960), *La pensée sauvage*, Paris, Plon.
- MACLOUF P., « L'insertion, un nouveau concept opératoire des politiques sociales ?, dans CASTEL R., et LAE J.F., (1992), *Le Revenu Minimum d'Insertion, une dette sociale*, Paris, L'Harmattan, p. 121-143.
- MAELA P., (2004), *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*, Le Mesnil-sur-l'Estrée, L'Harmattan.
- MAISONDIEU J., (1997), *La Fabrique des exclus*, Paris, Editions Bayard.

- MARTIN C., « Qu'est-ce que le social care ? Une revue de questions », *Revue Française de Socio-économie*, 2008/2, n°2, p. 27-42.
- MARTIN J.-P., « L'institution du tiers dans les pratiques cliniques », dans LAVAL C., RAVON B. (coord.), *Réinventer l'institution*, Rhizome n°25, 2006, p. 37-39.
- MARTUCCELLI D., (2002), *Grammaires de l'individu*, Paris, Folio essais.
- MARTUCCELLI D., « La sociologie aux temps de l'individu », dans la revue *Interrogations*, n°5, *L'individualité, objet problématique des sciences humaines et sociales*, Décembre 2007, p. 78-79.
- MELH D., (2003), *La bonne parole. Quand les psys plaident dans les médias*, Paris, ed. de la Martinière.
- MICOUD A., PERONI M., (2000), *Ce qui nous relie*, La Tour d'Aigues, l'Aube éditions.
- MOLINIER P., « Le défaut de souci des autres, point aveugle de la campagne », <http://www.mouvements.info/spip.php?article18>, 8 mars 2007.
- NUSSBAUM M., (2000), *Woman and Human Development. A study in Human Capabilities*, Cambridge, Cambridge University Press.
- OGIEN A., (1995), *Sociologie de la déviance*, Paris, Armand Colin.
- ORIANNE J.-F., (2005), *Le traitement clinique du chômage*, Thèse de doctorat de sociologie, Louvain-la-Neuve, Université Catholique de Louvain.
- OTERO M., (2003), *Les règles de l'individualité contemporaine, Santé mentale et société*, Saint-Nicolas (Québec), Presse Universitaire de l'Université Laval.
- PAPERMAN P., LAUGIER S., (dir.), (2005), *Le souci des autres. Ethique et politique du care*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- PARSONS T., (1955), « Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne », *Eléments pour une théorie de l'action sociale*, Paris, Plon, p. 193-255.
- PATTARONI L., « Le care est-il institutionnalisable ? », dans PAPERMAN P., LAUGIER S., (dir.), (2005), *Le souci des autres. Ethique et politique du care*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, p. 177-200.
- PAUGAM S., (1991), *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, PUF.
- PAUGAM S., « Les formes contemporaines de la pauvreté et de l'exclusion, le point de vue sociologique », *Genèses*, Juin 1998, p. 138-159.

PAUGAM S., « L'exclusion, usages sociaux et apports de la recherche », dans BERTHELOT J.-M., (2000), *La sociologie française contemporaine*, Paris, PUF, p. 155-171.

PEGON G., (2004), *Clinique de l'exil, métissage de la clinique. Approche socio-anthropologique des transformations de la pratique de psychologues cliniciens au sein d'un dispositif psychothérapeutique d'aide aux migrants*, mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etude Appliquée en sociologie et anthropologie de l'Université Lumière Lyon 2.

PEGON G., « Le métissage de la clinique, vers une nouvelle forme d'accompagnement psychosocial de la personne ? », communication au IIème congrès du RESEAU ASIE dans le cadre de l'atelier *Méthodologie de l'approche clinique thérapeutique ou de recherche en Asie. Quels outils ? Quelle pratique ?*, septembre 2005, Paris.

PEGON G., « Les Espaces Rencontres CHRS-CMP : une clinique du tiers qui demande beaucoup d'adresse(s) » dans LAVAL C., RAVON B. (coord.), *Réinventer l'institution*, Rhizome n°25, 2006, p. 28-32.

PELEGE P., (2004), *Hébergement et réinsertion sociale : les CHRS. Dispositif, usagers, intervenants*, Paris, Dunod.

PICHON P., TORCHE T., (2007), *S'en sortir... Accompagnement sociologique à l'autobiographie d'un ancien sans domicile fixe*, Saint-Étienne, Publications de l'Université de Saint-Étienne.

PICHON P., (2007), *Vivre dans la rue. Sociologie des sans domiciles fixes*, Paris, Aux lieux d'être.

PINELL P., « Analyse sociologique de la formation des psychiatres en France, (1968-2000) », *Cahiers de recherche de la MiRe*, La Documentation Française, n°15, avril 2003.

POMMIER J.-B., « Quand les « aidants » demandent de l'aide : soutien aux intervenants ou soutien à la relation ? », dans ION et Al., (2005), *Travail social et souffrance psychique*, Paris, Dunod, p. 161-197.

PRYEN S., (2008), « Travailler ensemble sur un territoire, les difficultés multiples rencontrées par des familles de milieux populaires. Enjeux et tensions d'une forme spécifique de travail thérapeutique en réseau – La clinique de Concertation », Rapport de recherche soutenu et sollicité par l'association Ecole et Famille, Saint Ouen l'Aumône.

RAVON B. (dir.), PICHON P., FRANGUIADAKIS S., LAVAL C., (2000), « Le travail de l'engagement. Rencontre et attachements : une analyse de la solidarité en direction des « personnes en souffrance » », Recherche MIRE/Fondation de France.

RAVON B., « Mobilisations intellectuelles et expression publique : du porte-parole à la parole partagée », dans ION J., (2001), *L'engagement au pluriel*, Saint-Etienne, Publications de l'Université de Saint-Etienne, p. 161-193.

RAVON B., « Vers une clinique du lien défait ? », dans ION J., (2005), *Le travail social en débat(s)*, Paris, Editions La Découverte, p. 25-58.

RAVON B., « Vers une clinique du social ? », dans SOULET M.-H.(coord.), (2007), *La souffrance sociale, nouveau malaise dans la civilisation ?*, coll. Res Socialis, Editions Universitaires Fribourg Suisse.

RAVON B. (dir), ION J., LAVAL C., PEGON G., TABARY J.-J., (2007), « Travail social, santé mentale et nouvelles professionnalités. Le développement des dispositifs d'accompagnement clinique de la souffrance psychique relative à la précarité sociale », Contrat Emergence, Région Rhône-Alpes, Projet n°1267.

RAVON B., (2008), *Le souci du social*, Mémoire pour l'Habilitation à Diriger des Recherches, Université Lumière Lyon II.

RAVON B., (2008), « Le temps présent de l'accompagnement social : une temporalité bien à soi », dans CHATEL V. (dir.), *Les temps des politiques sociales*, Editions universitaires de Fribourg.

RAVON B. (dir.), DECROP G., ION J., LAVAL C., VIDAL-NAQUET P., (2008), « Epreuves de professionnalité - Repenser l'usure professionnelle des travailleurs sociaux », Synthèse de la recherche *Usure des travailleurs sociaux et épreuves de professionnalité. Les configurations d'usure : clinique de la plainte et cadres d'action contradictoires*.

ROSANVALLON P., (1981), *La Crise de l'Etat providence*, Paris, Seuil.

SCHARPF F.W., SCHMIDT V.A., (2000), *Welfare and Work in the Open Economy*, Oxford, Oxford University Press.

SEVENHUIJSEN S., (1998), *Citizenship and the Ethics of Care*, Londres-New York, Routledge.

SICOT F., « La santé mentale comme mode de gestion politique de l'exclusion ? La psychiatrie au chevet des assistés dans le cadre d'une protection sociale renouvelée », dans BRESSON M., (2006), *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*, Paris, L'Harmattan, p. 75-84.

- SOULET M.-H., « Faire face et s'en sortir. Vers une théorie de l'agir faible » dans CHATEL V., et SOULET M.-H., (2003), *Agir en situation de vulnérabilité*, Sainte-Foy, Québec, Presses de l'université de Laval, p. 167-214.
- SOULET M.-H., « Une solidarité de responsabilisation », dans ION J., (2005), *Le travail social en débat(s)*, Paris, Editions La Découverte, p. 86-103.
- SOULET M.-H.(coord.), (2006), *La souffrance sociale, nouveau malaise dans la civilisation ?*, coll. Res Socialis, Editions Universitaires Fribourg Suisse.
- SOULET M.-H., « La reconnaissance du travail social palliatif », dans la revue *Dépendances*, n°33, décembre 2007, p. 14-18.
- STENGERS I., « Résister ? un devoir ! », *Politis*, numéro 579, 16 décembre 1999, p. 34.35.
- STENGERS I., *Le dix-huit brumaire du progrès scientifique*, Centre Georges Devereux, 2002, article consultable sur le site <http://www.ethnopsychiatrie.net/actu/brumaire.htm>.
- TABOADA LEONETTI I., DE GAULEJAC V., (1997), *La lutte des places. Insertion et désinsertion*, Paris, Desclée de Brouwer.
- TAYLOR C., (1992), *Grandeur et misère de la modernité*, Montréal, Ed. Bellarmin.
- THEVENOT L., « Le régime de familiarité. Des choses en personne. », *Genèses*, n°17, 1997, p. 72-101.
- VIELLE P., POCHET P., CASSIERS I. (dir), *L'Etat social actif. Vers un changement de paradigme ?*, Bruxelles, P.I.E.-Peter Lang.
- VITAL A., TOMI M., HORÉ T., TANET C., (1998), *Dictionnaire historique de la langue française* sous la direction d'Alain VITAL, édition enrichie par Alain VITAL et Tristan Hordé, Paris, Dictionnaires Le Robert.
- WATZLAWICK P., HELMICK BEAVIN J., JACKSON DON D., (1967), *Une Logique de la Communication*, Paris, Seuil.
- WHYTE W.F., (1996), *Street corner society. La structure sociale d'un quartier italo-américain*, Préface de Henri PERETZ, Paris, Editions La Découverte.

LITTERATURES SPECIFIQUES

LITTERATURES EN PSYCHIATRIE, PSYCHOLOGIE ET PSYCHANALYSE

BARTHELEMY S., GIMENEZ G., PEDINIELLI J.L., *Proposition d'un métissage théorique et Méthodologique dans la recherche en psychologie*, Communication orale Congrès National de la Société Française de Psychologie, Septembre 2005, Nancy, France.

BENASAYAG M., SCHMIT G., (2003), *Les passions tristes. Souffrance psychique et crise sociale*, Paris, La Découverte.

CICONNE A., (1998), *L'observation clinique*, Paris, Dunod.

CHARRETON G., COLIN V., DUEZ B., « A la rencontre de sujets SDF, demandes de traces ou traces de demandes ? », dans *Rupture des liens, clinique des altérités, Psychologie clinique*, n°16, 2004, p. 73-86.

COLIN V., FURTOS J, « La clinique psychosociale au regard de la souffrance psychique contemporaine », dans JOUBERT M, LOUZOUN C. (dir), (2005), *Répondre à la souffrance sociale*, Ramonville Saint Agne, Erès, p. 99-115.

DARCOURT G., « Préface », dans FURTOS J., (2008), *Les cliniques de la précarité, Contexte social, psychopathologie et dispositifs*, Issy-les-Moulineaux, Masson, p. IX-XI.

DECLERCK P., (2005), *Les naufragés*, La Flèche, Pocket.

DELION P., (2003), *Le packing avec les enfants autistes et psychotiques*, Paris, Erès.

De RIVOYRE F., (2001), *Psychanalyse et malaise social. Désir du lien ?*, Toulouse, Eres.

DESPRET V., « Qu'est-ce que l'ethnopsychologie ? », préface à LUTZ C., (2004), *La dépression est-elle universelle ?*, Paris, Le Seuil, Les Empêcheurs de penser en rond.

DEVEREUX G., (1967), *De l'angoisse à la méthode, dans les sciences du comportement*, Paris, Flammarion.

DEVEREUX G., (1985, œuvre originale, 1972), *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris, Flammarion

DOUVILLE O., « Notes d'un clinicien sur les incidences subjectives de la grande précarité », *Psychologie clinique*, nouvelle série, n°7, printemps 1999, p. 57-73.

DOUVILLE O., « Mélancolie d'exclusion. Quand la parole divorce du corps et retour », dans De RIVOYRE F., (2001), *Psychanalyse et malaise social. Désir du lien ?*, Toulouse, Eres, p. 39-52.

- DOUVILLE O., « Anthropologie du contemporain et clinique du sujet », dans *L'évolution psychiatrique*, n°69, 2004, p. 31-47.
- FERENCZI S., (2006), *Le traumatisme*, Paris, Payot
- FURTOS J., « Epistémologie de la clinique psychosociale (la scène sociale et la place des psy) », *Pratiques en santé mentale*, n°1, 2000a, p. 23-32.
- FURTOS J., « Qu'est-ce que la clinique psychosociale ? », *Pluriels*, la lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, n°21, 2000b, article disponible sur le site de la MNASM.
- FURTOS J., LAVAL C., (2005), *La santé mentale en actes*, Ramonville Saint-Agne, Erès.
- FURTOS J., « Transgression validée. Ou : de l'intelligence de l'action », dans LAVAL C., RAVON B. (coord.), *Réinventer l'institution*, Rhizome n°25, 2006, p. 55-57.
- FURTOS J. (dir), (2008), *Les cliniques de la précarité, Contexte social, psychopathologie et dispositifs*, Issy-les-Moulineaux, Masson.
- GAUCHER D., « Au-delà des murs. Organiser l'intervention autour du cheminement des personnes », *Santé Mentale du Québec*, XII, 2, 1987, p. 129-143.
- HERMANT E., (2004), *Clinique de l'infortune. La psychothérapie à l'épreuve de la détresse sociale*, Paris, Le Seuil, Les empêcheurs de penser en rond.
- HERMANT E., « De l'autre côté du miroir. « Sacks, vous êtes un cas ! » Le chirurgien qui a opéré la jambe d'Oliver Sacks », Introduction à la conférence prononcée le 13 octobre 2006 au colloque *La psychothérapie à l'épreuve de ses usagers*.
- Journal des psychologues n°258, *L'anthropologie clinique*, juin 2008.
- LAGACHE D. (dir), (1968), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF.
- LECARPENTIER M., *Psychiatrie de Secteur, Réseau et constellation sanitaire et sociale*, 22 avril 2001, article disponible sur le site internet de la clinique de Laborde.
- MARTIN J.-P., « L'institution du tiers dans les pratiques cliniques », dans LAVAL C., RAVON B. (coord.), *Réinventer l'institution*, Rhizome n°25, 2006, p. 37-39.
- PITICI C., (2006), *De l'enfouissement psychique à la scène d'amarrage : actualisation de l'indéterminé chez l'errant*, thèse pour l'obtention du grade de docteur en psychologie de l'Université Lyon2.
- PITICI C., « Les bricoleurs de la précarité » dans LAVAL C., RAVON B. (coord.), *Réinventer l'institution*, Rhizome n°25, 2006, p. 19-23.

QUESEMAND ZUCCA S., (2007), *Je vous salis ma rue, Clinique de la désocialisation*, Paris, Stock.

ROGERS C.-R., (1998), *Le développement de la personne*, Paris, Dunod, (1^{ière} ed 1968).

ROUSSILLON R., « Les situations extrêmes de la clinique de la survivance », dans FURTOS J., LAVAL C., (2005), *La santé mentale en actes*, Ramonville Saint-Agne, Erès, p. 221-238.

ROUSSILLON R., « La logique du plus faible », dans LAVAL C., RAVON B. (coord.), *Réinventer l'institution*, Rhizome n°25, 2006, p. 16-18.

ROUSSILLON R., (2007), *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*, Paris, PUF.

TABARY J.-J., « Quels soins offrir à celui qui ne demande rien ? L'exemple du CPA de Bourg-en-Bresse. », dans la revue *Rhizome*, n°3, décembre 2000, p. 10-11.

TABARY J.-J., « Néo-ruralité et souffrance psychosociale », dans la revue *Rhizome*, n°28, octobre 2007, p. 6-7.

WINNICOT D.W., (1975), *Jeu et réalité, l'espace potentiel ?*, Paris, Editions Gallimard.

LITTÉRATURE PHILOSOPHIQUE

BUTLER J., (2004), *Le pouvoir des mots*, Paris, Editions Amsterdam.

BUTLER J., (2007), *Le récit de soi*, Paris, PUF.

CAILLE A. (dir), (2007), *La quête de reconnaissance. Nouveau phénomène social total*, Paris, La découverte.

CHIRPAZ F., (2001), *L'homme précaire*, Paris, PUF.

FRASER N., (2005), *Qu'est-ce que la justice sociale ? Reconnaissance et redistribution*, Paris, La découverte.

HONNETH A., (2000), *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Cerf.

LE BLANC G., (2007), *Vies ordinaires, Vies précaires*, Paris, Seuil.

LEGENDRE P., (2004), *Ce que l'occident ne voit pas de l'occident*, Paris, Ed Mille et une nuit.

MARGALIT A., (1999), *La Société décente*, Paris, Climats.

RANCIERE J., (1987), *Le maître ignorant*, Paris, Fayard.

RENAULT E., « A propos de la violence en situation de sous-emploi. Récit et tentative d'analyse » dans le rapport de la Commission « Violence, travail, emploi, santé » Travaux

préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004.

RENAULT E., (2004), *L'expérience de l'injustice*, Paris, La découverte.

RENAULT E., (2008), *Souffrances sociales, Philosophie, psychologie et politique*, Paris, Editions La Découverte.

SPAEMANN R., (1997), *Bonheur et bienveillance. Essai sur l'éthique*, Paris, PUF.

TRONTO J., FISCHER B., « Toward a feminist theory of care », in ABEL E., NELSON M. (dir), (1991), *Circles of Care : Work and Identity in Women's Lives*, State University of New-York Press, Albany, NY, p. 40.

TRONTO J., (2009), *Un monde vulnérable*, Paris, La Découverte.

RAPPORTS ET PLANS DE L'ACTION PUBLIQUE (DANS L'ORDRE CHRONOLOGIQUE)

Rapport WRESINSKI J., (1987), *Grande pauvreté et précarité économique et social*, séances des 10 et 11 février 1987. Conseil économique et social. Rapport présenté par M. J. Wrésinski, Paris, Direction des journaux officiels.

Rapport MASSE, (1992), *Bilan et perspectives de la politique de santé mentale en France*.

Rapport STROHL, LAZARUS, (1995), *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, rapport du groupe de travail « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale », DIV/DIRMI.

Rapport ROGER-LACAN, PATRIS, (1996), *Psychiatrie et grande exclusion*, Secrétariat d'Etat à l'Action Humanitaire et d'Urgence.

Rapport JOLY, (1997), *Prévention et soins des maladies mentales*, Conseil économique et social.

Rapport du Haut Comité de la Santé Publique, (1998), *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Ed. de l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

Rapport PIEL, ROELANDT, (2001), *De la psychiatrie vers la santé mentale*, rapport remis au ministre délégué à la santé, au ministre de l'emploi et de la solidarité et à la secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés.

Rapport mondial sur la santé, (2001), *Santé mentale : non à l'exclusion, oui aux soins*, Organisation Mondiale de la Santé.

Plan Santé Mentale KOUCHNER, (2001), *L'utilisateur au centre d'un dispositif à rénover*.

Document de synthèse du groupe de travail ministériel, (2001), *Prise en charge de la souffrance psychique et des troubles de la santé mentale dans les situations de précarité et d'exclusion*.

Rapport ROELANDT, (2002), *La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale. La place des usagers et le travail en partenariat dans la cité*, rapport remis au ministre délégué à la santé.

Rapport PARQUET, (2003), *Souffrance psychique et exclusion sociale*, rapport remis à la secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion.

Rapport CLERY-MELIN, KOVESS, PASCAL, (2003), *Plans d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*, remis au ministre de la sante, de la famille et des personnes handicapées.

ROELANDT J.-L., « Psychiatrie citoyenne et promotion de la santé mentale », dans *Psychiatrie et santé mentale. Innovations dans le système de soins et de prise en charge*, Revue française des affaires sociales, n° 1 – janvier-mars 2004, p. 205-213.

Rapport de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, (2005), *La psychiatrie en France, quelles voies possibles ?*, Ed. de l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

Plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008.

Rapport ROUSSEAU-GIRAL, BASTIANELLI, (2005), *Les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins*, IGAS, rapport n°2005 053.

Rapport 2008 de Mental Health Europe (MHE), *From Exclusion to Inclusion – The Way Forward to Promoting Social Inclusion of People with Mental Health Problems in Europe. An analysis based on national reports from MHE members in 27 EU Member States*.

LOIS, DECRETS ET CIRCULAIRES

Loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

Loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Décret du 17 avril 1997 relatif aux conférences régionales de santé.

Décret du 29 décembre 1998 relatif aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins et modifiant le code de la santé publique.

Décret du 6 mai 1999 fixant les modalités de transmission à l'autorité sanitaire de données individuelles concernant les maladies visées à l'article L.11 du code de la santé publique et modifiant le code de la santé publique.

Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

Circulaire du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques.

Circulaire du 21 mars 1995 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.

Circulaire du 20 novembre 1997 relative aux conférences régionales de santé et aux programmes régionaux de santé.

Circulaire du 8 septembre 1998 relative à la mise en œuvre de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

Circulaire du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.

Circulaire du 23 février 1999 relative à la mise en place des PRAPS.

Circulaire du 25 mai 1999 relative à la mise en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

Circulaire du 29 juillet 1999 relative à la délégation de crédits pour les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) créées en 1999.

Circulaire du 4 octobre 1999 relative à l'évaluation des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) installées en 1998 et 1999 et mise en place des PASS en 2000.

Circulaire du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs et sociaux.

Circulaire du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire.

Circulaire du 27 juin 2000 relative à la délégation de crédits pour les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) créées en 2000.

Circulaire du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre d'ateliers " santé ville " pour les contrats de ville 2000-2006.

Circulaire du 2 août 2001 d'orientation relative aux actions de santé conduites dans le cadre des programmes d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) dans le champ de la santé mentale.

Circulaire du 3 août 2001 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire.

Circulaire du 19 février 2002 relative aux Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation précaire (PRAPS), visant à préparer les PRAPS de deuxième génération (2003-2004-2005-2006).

Circulaire du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération.

Circulaire du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

Circulaire du 7 décembre 2007 relative au programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

TABLE DES MATIERES

RESUME	2
ABSTRACT	3
REMERCIEMENTS	4
LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS	7
SOMMAIRE	8
INTRODUCTION GENERALE	13
Ouverture d'un espace public de traitement clinique de la précarité	16
I. L'émergence de collectifs d'intervention à l'articulation de la psychiatrie et du travail social	16
II. Le parcours de vulnérabilité du « sujet social » : l'objet des cliniques de la précarité ?	20
III. L'émergence de cliniques de la précarité pourvoyeuses de <i>care</i>	22
IV. La santé mentale au risque de l'activation	28
Sociologie de la clinique et ethnographie combinatoire	34
I. Le terrain de recherche : le Carrefour Santé Mentale Précarité du département de l'Ain	35
II. La posture de recherche : de l'anthropologie dans la clinique à une sociologie de la clinique	38
III. Vers une sociologie des processus d'individuation	49
IV. Le dispositif méthodologique : microsociologie et ethnographie combinatoire	55
– PREMIERE PARTIE – GENESE ET MORPHOLOGIE DU « CARREFOUR SANTE MENTALE PRECARITE »	65
Chapitre 1 – Le Carrefour Santé Mentale Précarité : l'émergence d'un collectif d'intervention auprès de personnes en « souffrance psychique »	67
I. Naissance du CSMP : la « souffrance psychique » comme nouvel objet d'intervention	67
1. Le responsable du CSMP : un psychiatre militant du « social »	69
2. Connexion entre le travail social et la psychiatrie dans le département de l'Ain : rencontre avec l'ORSPERE et émergence de la catégorie « souffrance psychique » (1997)	71
3. Le Groupe Santé Mentale Précarité et le Projet d'Etablissement n°2 : la psychiatrie convoquée à la réinsertion d'un public en « souffrance psychique d'origine sociale » (1998-2000)	78
4. La formation-action organisée par l'ORSPERE : l'émergence d'un espace dialogique entre la psychiatrie et le travail social (2000)	83
5. Présentation du CSMP à la Commission Médicale d'Etablissement : le réseau comme support de la clinique (2001)	87
II. Construction des attachements et des engagements des professionnels du CSMP : le réseau comme forme collective et publique d'intervention	90
1. La structure rhizomatique du CSMP	90
Le réseau des professionnels du CSMP	90
Le réseau des institutions	93
Le réseau des activités du CSMP	94
2. L'engagement des professionnels du CSMP : des cliniciens entrepreneurs d'action publique	95
Rattachement volontaire ou subordonné au dispositif CSMP	95
S'affranchir de l'institution psychiatrique : un souci de réflexivité et de contextualisation	101
Le recours au répertoire de la lutte comme fondement de l'intervention du CSMP	106
III. (Reprise) De la psychiatrie à la santé mentale : vers une redéfinition collective de l'intervention sanitaire et sociale	110
Chapitre 2 – Les activités du CSMP : l'émergence d'un dispositif de connaissance	113
I. Connaître les problèmes liés à la précarité à travers des activités de sensibilisation	115
1. Les référents du CSMP face aux « mandarins » de la psychiatrie	115
2. Les référents du CSMP : des informateurs à l'écoute des problèmes	117

Le problème de la définition du public de la précarité	117
Le problème de la psychiatrie mandarinale	120
Le problème de la logique gestionnaire	122
3. La « Charte d'accueil des personnes démunies » : une production de normes pour répondre aux problèmes	125
4. La présentation des cas cliniques en deuxième partie de « plénière » : un espace réflexif pour une clinique plurielle	129
5. La formation des élèves infirmiers dans les IFSI du département : transmettre son expérience et ses réflexions	131
6. La diffusion de ressources bibliographiques via le réseau intranet et la bibliothèque du Centre Psychothérapique de l'Ain : rendre disponible en permanence les savoirs mobilisés	132
7. Les enquêtes et les recherches : sensibiliser par l'écoute des besoins	133
II. Connaître les partenaires à travers des activités d'étayage et de réticulation	135
1. Le Réseau Santé Mentale Précarité de Bourg-en-Bresse : vers une écoute collective	136
2. Les « Espaces rencontres CHRS-CMP » : vers une écoute pluralisée	142
3. Les réseaux institutionnels locaux : vers une écoute institutionnelle	147
III. Connaître les publics à travers des activités d'accompagnement	149
1. Le dispositif « Psychologue RMI » : une fonction de coordination et d'interface institutionnelle entre la psychiatrie et le social	150
2. Le dispositif « PASS pharmaceutique » : délivrer un traitement pharmacologique et un accompagnement social gratuit pour tous	152
3. Le projet d'Equipe Mobile Santé Mentale Précarité : se rapprocher des personnes en situation de précarité	154
IV. (Reprise) Critiquer, expérimenter, se rapprocher : trois régimes cognitifs préalables à l'intervention clinique du CSMP	158

Conclusion de la partie 1 – Prendre soin via le réseau : vers une nouvelle forme de gestion des risques ? 163

– DEUXIEME PARTIE – UNE CLINIQUE DES PARCOURS DE VULNERABILITE 167

Chapitre 3 - Une clinique qui demande beaucoup d'adresse(s) : l'exemple de la prise en charge d'Émilio 172

I. Institutions et dispositifs traversés par Emilio : les cadres d'action des interventions cliniques	176
1. L'« accès aux droits, aux soins et à la prévention » : la PASS de l'hôpital « Fleyriat »	176
2. Le « soin » : l'unité intrahospitalière « Epidaure » du CPA et le centre de postcure « Hélios »	178
Le service intrahospitalier « Epidaure » du CPA : accueillir et soigner les personnes présentant des troubles psychiques	178
Le centre de post-cure « Hélios » : assurer les soins de suite pour des hommes adultes qui présentent des « pathologies névrotiques » et « borderline » ainsi que des « troubles psychotiques »	179
3. L'« orientation » : le centre d'accueil permanent du CPA et le 115	181
Le Centre d'Accueil Permanent du CPA : accueillir, orienter et parfois soigner les nouveaux arrivants au CPA	181
Le 115 : orienter les personnes en situation de précarité vers un hébergement	184
4. L'« insertion » : le CHRS de l'association « Tremplin »	187
Le CHRS de l'association « Tremplin » : lutter par l'insertion et l'hébergement contre l'exclusion et la précarité sociale.	187
II. Les intervenants du parcours sanitaire et social d'Émilio : formes d'engagement et corpus doctrinaux	188
1. Se rapprocher, autonomiser, trier : les visées des interventions cliniques	189
Les interventions visant à se rapprocher de la « personne » : « travail en réseau » et « prise en charge globale »	189
Les interventions visant à autonomiser les personnes : discours du « bougez-vous » et « lieux intermédiaires »	191
Les interventions visant à « trier » les personnes	197
2. Les références théoriques et cliniques mobilisées	201
Apprendre sur le tas	201
Mobiliser des références hybrides	204
Désactiver les références	209
III. Les récits des interventions cliniques concernant Emilio : le chemin d'épreuves des intervenants	210

1. Le vagabondage institutionnel : une mise à l'épreuve de l'accès aux soins _____	210
2. La non-demande : une mise à l'épreuve de la logique du projet _____	211
Projet d'Hospitalisation à la Demande d'un Tiers _____	211
Projet de cure de désintoxication _____	211
Projet social de sortie _____	213
Projets d'AAH et de mise sous curatelle _____	214
Projet d'hébergement _____	215
Projet de postcure _____	216
Dernière tentative : projet de responsabilisation _____	218
3. L'échec de la logique du projet : une mise à l'épreuve du réseau des intervenants _____	220
4. La répétition des situations d'impasse : une mise à l'épreuve des actions d'étayage _____	224
IV. (Reprise) Lorsque le parcours de vulnérabilité d'Emilio dessine la constellation de la prise en charge sanitaire et sociale _____	228
Chapitre 4 – Le cadrage clinique des atteintes relatives à la précarité : misère, marginalité, mépris _____	232
I. Le cadrage clinique des pauvres et des malades : misère et dépossession (de soi) _____	233
II. Le cadrage clinique des jeunes et des personnes âgées : marginalité et empêchement d'agir _____	241
III. Le cadrage clinique des malades mentaux et des sans-papiers : mépris social et posture narrative impossible _____	247
IV. (Reprise) La « souffrance psychique » dans la théorie de la clinique psychosociale : une conjugaison d'atteintes à gravité variable _____	256
Chapitre 5 – Les supports cliniques de l'intervention : propriété, action, narration _____	262
I. Les supports cliniques de propriété _____	263
1. Orienter ou adresser : distribution des places et reconnaissances des droits _____	266
2. Les rapports pédagogiques de l'orientation et de l'adressage : d'une visée éducative à une visée d'égalité des intelligences _____	269
II. Les supports cliniques d'action _____	276
1. Deux conceptions du devenir soi via la logique du projet : indépendance et interdépendance _____	278
2. Les relations entre les référents du CSMP et leurs collègues dans les Centre MédicoPsychologiques : intervenir entre expertise et ignorance _____	280
3. La logique du projet face à la non-demande _____	284
III. Les supports cliniques de narration _____	289
1. Le support clinique de narration : le lieu d'une construction sans cesse réinventée de la réalité biographique de l'individu _____	289
2. Etre en capacité de se réajuster en permanence à chaque situation : la figure de <i>Protée</i> _____	293
3. Narration de soi et confiance en soi : retrouver ses attaches, accepter ses dépendances _____	296
IV. (Reprise) Vers une modélisation des formes d'intervention de la clinique de la précarité _____	301
Conclusion de la partie 2 – Une clinique en tension entre justice sociale de redistribution et justice sociale de reconnaissance _____	305
– TROISIÈME PARTIE – POSTURES CLINIQUES ET EPREUVES DE LA PRATIQUE DE CARE _____	313
Chapitre 6 – La posture de coordination et l'épreuve de la clinique par projets _____	317
I. Tracer les contours d'une clinique évaluable, territorialisée, ciblée _____	318
1. L'activation des formes organisationnelles de la clinique à travers la conception de projets : l'exemple du « SPEL Projet santé publics en difficulté » _____	321
L'activité d'inventaires : une intégration partagée de la codification des autres professionnels du projet _____	322
L'activité de mise en ordre des objectifs : entre « globalité » et « ciblage » _____	330
La critique des référents du CSMP concernant les tentatives de régulation des conduites via le montage de projet _____	343
2. L'activation des pratiques cliniques : l'exemple de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles « Accréditation » et « certification » des établissements de santé : vers une standardisation de la clinique ? _____	347
Accréditation et EPP au CPA _____	353
II. La visée de la clinique par projets : devenir soi en étant authentique et autonome _____	361
1. Flexibilité, adaptation et autonomie : les « capacités » du clinicien en posture de coordination _____	361
2. Authenticité et maîtrise de soi : l'« idéal du moi » du clinicien en posture de coordination _____	368

3. L'authenticité comme réponse au besoin de reconnaissance _____	371
III. (Reprise) La critique des rapports de domination : un moyen de prolonger la pratique de <i>care</i> dans l'épreuve de la clinique par projets _____	374
Chapitre 7 – La posture d'indétermination et l'épreuve de la clinique des attachements _____	380
I. Institutionnaliser le provisoire _____	381
1. Du contexte à la posture d'indétermination : se laisser guider par autrui _____	381
2. L'« impasse psychosociale » comme socle de l'agissabilité _____	386
II. Les propriétés formelles d'un cadre d'action marqué par l'indétermination _____	392
1. Deux formes d'agencement réflexif : l'hétérogénéité et le métissage _____	392
2. Fonder des formes et des principes de légitimation en cours d'action : le présentisme _____	399
III. La visée de la clinique des attachements : devenir soi en racontant ses interdépendances _____	401
1. Enoncer son parcours de vulnérabilité : vers un dispositif de convocation des attachements de la personne _____	401
2. Se raconter : reconnaissance et réhabilitation de la subjectivité de la personne _____	410
IV. (Reprise) – Relier l'individu à ses environnements : un moyen de prolonger la pratique de <i>care</i> dans l'épreuve de l'indétermination _____	415
Conclusion de la partie 3 – L'impossible institutionnalisation de la « bienveillance dispositive » _____	417
CONCLUSION GENERALE _____	425
Une clinique écologique de la vulnérabilité sociale construite dans et par l'attachement à des supports _____	425
L'émergence de formes collectives de solidarité thérapeutique au sein des politiques publiques de protection sociale _____	428
Perspective, posture de recherche et interferences _____	431
BIBLIOGRAPHIE _____	435
TABLE DES MATIERES _____	455
ANNEXES _____	461
Annexes de l'introduction _____	461
I. Liste (non-exhaustive) des dispositifs de la loi de lutte contre les exclusions _____	461
II. Tableau comparatif entre les politiques de protection sociale de l'Etat providence et l'Etat Social Actif _____	462
III. Tableau récapitulatif des rencontres relatives à l'encadrement administratif de la thèse et aux appuis techniques reçus _____	463
IV. Argumentaire de l'Ecole de Psychologues Praticiens _____	464
V. Extrait de l'introduction de mon mémoire de fin d'étude de psychologie _____	465
VI. Tableau récapitulatif des corpus doctrinaux de référence étudiés _____	466
VII. Tableau récapitulatif des observations impliquées effectuées _____	467
VIII. Tableau récapitulatif des entretiens menés et guides d'entretien _____	469
Annexes du chapitre 1 _____	472
I. Témoignage de soutien aux partenaires sociaux du CSMP : l'exemple du CHRS « Le FAR » _____	472
II. Analyse cartographique des actions du CSMP sur la période 2000-2005 _____	473
Annexes du chapitre 2 _____	479
I. Récapitulatif des interventions effectuées lors des « réunions plénières » (2002-2007) _____	479
II. Récapitulatif des enquêtes, recherches et évaluations menées au CSMP (2000-2004) _____	481
III. Récapitulatif des données quantitatives et qualitatives recueillies par les référents du CSMP au cours de la période 2005-2007 _____	482
IV. Budget du CSMP (année 2006) _____	483
V. Fiches récapitulatives des différents projets institutionnels reliés au CSMP par ses référents _____	484
1. Le projet « Déclic Santé » à Ferney-Voltaire _____	484
2. Le projet d'accès aux droits à Bourg-en-Bresse _____	485
Annexes du chapitre 3 _____	486
I. Cadre réglementaire de la PASS _____	486

II. Protections maladies selon le statut du séjour et le profil de public _____	487
III. Passeport soins de la PASS du Centre Hospitalier « Fleyriat » _____	488
IV. Le projet de soins infirmiers au Centre Psychothérapique de l'Ain _____	489
V. Documents de référence du service 115 _____	491
VI. Fiche de liaison du Centre d'Accueil Permanent du CPA _____	492
VII. Documents de référence du Centre d'Accueil Permanent du CPA _____	493
VIII. Extrait du courrier adressé par le médecin d' « Epidaure » au Dr DUCHEMIN _____	494
Annexes du chapitre 6 _____	495
I. Annexes de la monographie du projet « SPEL Publics en difficultés » de Belley _____	495
II. Annexes de la monographie de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles _____	507

ANNEXES

ANNEXES DE L'INTRODUCTION

I. Liste (non-exhaustive) des dispositifs de la loi de lutte contre les exclusions

Source : JEANNOT G., (2005), *Les métiers flous. Travail et action publique*, Octares Éditions, Bouloc, p. 98-99.

« Insertion par le logement. Elaboration et suivi du PDALPD (en matière de dispositif, hors le sigle pas de survie ! Il s'agit d'un plan pour le logement des plus démunis), résidences sociales, PLA intégration (les PLA sont des financements du logement social, ces crédits sont des crédits spécialisés pour le logement de personnes à intégrer), RDA (règlement départemental d'attribution des logements sociaux), prévention des expulsions, SDAPL (il s'agit de commissions qui s'attribuent des aides lorsque les accédants à la propriété ne réussissent plus à payer les traites de leur logement ou maison), FSL (Fond Social Logement), fonds d'impayés énergie/eau, accompagnement social logement, logements thérapeutiques, hébergement et logement des populations émigrées, RONA (aide aux rapatriés d'origine Nord africaine), Gens du voyage : logement, aires de stationnement, MOUS, MOS (les équipes de maîtrise d'œuvre urbaine et sociale ou simplement sociale sont en charge de l'application dans les quartiers de banlieues populaires de la politique de la ville), PLH (il s'agit d'un programme de développement de l'offre HLM qui vise en particulier à une meilleure répartition de ce type de logement sur le territoire), OPAH (les opérations programmées d'amélioration de l'habitat permettent, sur un site donné, d'attribuer des subventions aux propriétaires ou aux locataires qui améliorent les logements), PST (programmes sociaux thématiques pour les logements conventionnés très sociaux), lien avec la programmation logement.

Insertion par l'emploi. TRACE (aides individualisées accompagnant des jeunes sur un parcours de retour à l'emploi), ASI (aides sociales à l'insertion) [Appui Social Individualisé].

Insertion par l'économique. Entreprises d'insertion, associations intermédiaires, entreprises de travail temporaire ou d'intérim d'insertion, CAVA (Centres d'insertion A la Vie Active), autres entreprises d'insertion par l'emploi (il s'agit de divers organismes qui offrent des emplois protégés), lien avec les programmes : lutte contre le chômage de longue durée « nouveau départ », emplois jeunes, emplois aidés, CES (Contrats Emploi Solidarité), CEC (Contrats Emplois Consolidés), Contrats de qualification, formation création d'entreprises par les chômeurs et les RMIstes, coordination du SPE (Service Public de l'Emploi).

Insertion par la santé. Planification et coordination : participation à l'élaboration des PRAPS (plans régionaux incluant des actions d'éducation à la santé), plan départemental d'accès aux soins des plus démunis, volet santé du PDI (Programme Départemental d'Insertion)), Permanence d'Accès aux Soins de Santé, accès aux droits, aide médicale, carte santé, couverture médicale universelle, mutuelles, alcoolisme, CHAA (Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie), toxicomanie, SIDA, prise en charge psychiatrique, saturnisme, hébergement sanitaire.

Urgence sociale. CASU (Commission rassemblant tous les organismes accordant des aides sociales d'urgence), hébergement d'urgence, ALT (Allocation Logement Temporaire), logement d'insertion, CHRS (Centre d'habilitation et de réhabilitation sociale).

Autres. RMI, FAJ (Fonds d'Aides pour des projets de jeunes), politique de la ville, contrats locaux de sécurité, enfance, famille, conseil conjugal, médiation familiale, accompagnement scolaire, contrats éducatifs locaux, prévention de la prostitution et réinsertion des personnes prostituées, intégration des populations étrangères, tutelle curatelle, prévention de la délinquance : VVV (Ville, Vie, Vacances), CCPD (Commissions Communales de Prévention de la Délinquance), commission de surendettement, tutelle aux prestations sociales, insertion par la culture, insertion par le sport. »

II. Tableau comparatif entre les politiques de protection sociale de l'Etat providence et l'Etat Social Actif

Ce tableau est une compilation de ceux proposés par BRONGNIART P., MERCIER A., STELLINGER A., (2007), *L'Etat providence face à la mutation des risques sociaux*, Rapport de la Fondation pour l'innovation politique, p. 36 et BOYER R., « Changement d'époque... mais diversité persistante des systèmes de protection sociale », dans VIELLE P., POCHET P., CASSIERS I. (dir), (2005), *L'Etat social actif. Vers un changement de paradigme ?*, Bruxelles, P.I.E.-Peter Lang, p. 36.

	Etat providence	Etat responsabilisant (ESA)
Vision	Reconnaissance d'une responsabilité sociale Vocation universaliste Figure du travailleur face aux risques sociaux	Naturalisation des mécanismes de production du risque social Délimitation de populations cibles Le travailleur est l'entrepreneur de soi
Objectifs	Concilier solidarité sociale et efficacité économique Compenser les limites du marché	Gérer efficacement le budget social Adapter les individus aux signaux du marché
Moyens	Indemnisation et transferts monétaires Structuration par catégorie professionnelle Action centralisée au niveau national Redistribution anonyme, universaliste et inconditionnelle	Intégration des individus sur le marché du travail Individualisation des interventions Territorialisation et décentralisation Action personnalisée, ciblée, conditionnelle
L'origine des risques	Phénomènes macroéconomiques et imperfection du marché	Conséquences d'incitations microéconomiques perverses
Le contexte	Une croissance forte et relativement régulière selon un paradigme productif établi	Changements rapides et imprévus de la conjoncture et incertitude sur le paradigme émergent
Exemples d'évolution de politiques sociales	Des prestations publiques Elles sont délivrées par des organismes publics, et représentent un transfert sous forme de services, avec un fort accent mis sur les dépenses directes	La privatisation de certaines prestations Elles peuvent être délivrées par des organismes privés (en plus ou à la place du public) et représentent un transfert en monnaie ou en services qui augmente les dépenses indirectes
	Protéger des périodes sans travail L'objectif est le soutien social, par une démarchandisation du travail via des bénéfices non conditionnés	Promouvoir le travail L'objectif est l'inclusion sociale, grâce à une remarchandisation du travail via des bénéfices redevenus conditionnés
	Allocation universelle L'objectif est d'éviter la stigmatisation de certains ayants droit par le refus de tout ciblage.	Ciblage sélectif L'objectif est de restaurer l'équité sociale et de limiter les dépenses en ciblant les ayants droits
	La citoyenneté donne droit à la solidarité nationale La cohésion nationale est recherchée par l'attribution peu conditionnée de droits partagés	La solidarité est activée sous condition de contreparties La cohésion est recherchée par l'engagement à respecter des valeurs et des devoirs civiques partagés

III. Tableau récapitulatif des rencontres relatives à l'encadrement administratif de la thèse et aux appuis techniques reçus

Le dispositif méthodologique que nous avons mis en œuvre tout au long de ces quatre années et demie qu'a duré la thèse c'est six mois de travail exploratoire (janvier à juin 2006), une année et demie de terrain intensif (juillet 2006, décembre 2007) et plus de deux années et demie consacrées à l'analyse des résultats et à la rédaction de la thèse (janvier 2008, octobre 2010).

Outre les investigations spécifiques liées au travail de terrain, nous avons mis en place dès le début de cette thèse un triple partenariat s'articulant autour de la relation entre un laboratoire de recherche (le Centre de Recherche et d'Etude en Sociologie Appliqué de la Loire -CRESAL devenu en 2007 Mondes et Dynamiques des Sociétés - MODYS), un observatoire (l'Observatoire Régional de la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion -ORSPERE) et un hôpital psychiatrique (le Centre Psychothérapique de l'Ain -CPA). Ce triple partenariat a donné lieu à un ensemble de rencontres résumées dans le tableau ci-dessous.

Type de rencontre	Lieu	Nom des partenaires mobilisés	Date (durée)				
			2006	2007	2008	2009	2010
Participation aux activités de l'équipe Modys/Crésa I (séminaires, ateliers doctorales)	Bron/St Etienne	CRESAL, ORSPERE, chercheurs associés	15 février (3h) 12 mars (3h) 12 avril (3h) 10 mai (3h) 14 juin (3h) 20 octobre (3h) 17 novembre (3h) 15 décembre (3h)	9 février (journée) 20 avril (journée) 25 mai (journée) 15 juin (journée) 26 octobre (3h) 9 novembre (3h) 30 novembre (journée) 7 décembre (journée)	11 janvier (journée) 1 ^{er} février (journée) 7 mars (journée) 4 avril (journée) 23 mai (journée)	23 janvier (journée) 6 février (journée) 4 mai (journée) 4 septembre (journée)	
Séances de travail avec l'ORSPERE	Bron/Lyon	CRESAL, ORSPERE	22 février (2h) 7 avril (3h) 19 mai (3h)	13 mars (2h)			
Séances de suivi administratif et de travail avec le CPA	Bourg-en-Bresse	CPA, CRESAL	5 janvier (3h)				
Séances de suivi de thèse + Réunion jury (Région Rhône-Alpes)	St-Étienne Bron Lyon	CRESAL CRESAL	26 janvier (6h) 31 mars (5h) 10 mai (2h) (Jury) 30 juin (3h) 14 juillet (4h) 24 octobre (3h)	22 janvier (3h) 9 mai (2h) (Jury) 11 juin (3h) 19 décembre (3h)	7 juillet (4h)	12 janvier (3h) 2 décembre (4h)	5 juillet (2h)

IV. Argumentaire de l'Ecole de Psychologues Praticiens

« Le psychologue est devenu aujourd'hui, et sera encore plus demain, un agent indispensable de l'évolution des individus et de la société.

Il intervient auprès de populations de tous âges, en toutes situations (normales ou pathologiques), de la maternité à la maison de retraite. Il accède à des métiers multiples dans des secteurs diversifiés : psychothérapeute, responsable de recrutement, consultant en entreprise ou en communication, Direction des Ressources Humaines, etc. Il est en outre inscrit de droit sur les listes départementales officielles.

De nombreux anciens de l'école exercent dans des entreprises de toutes tailles.

Le diplôme de l'école permet, à ceux qui le veulent, de créer leur propre cabinet :

- psychologue clinicien
- psychothérapeute
- conseil en entreprise
- conseil en recrutement.

Santé

Il exerce dans les hôpitaux (généralistes ou psychiatriques), les centres médico-psycho-pédagogiques, les PMI, les crèches, les maisons de retraite, etc.

Social

Il intervient auprès de familles en difficulté, d'associations, de municipalités, pour leur offrir une technicité et des outils de travail spécifiques.

Justice

Il apporte, au civil comme au pénal, son savoir-faire et son expertise auprès de tous les acteurs du monde judiciaire (magistrats, avocats...) ou carcéral.

Education et orientation

Qu'il s'agisse du secteur scolaire ou de la formation professionnelle pour adultes, il a un rôle privilégié auprès des élèves, des maîtres et des formateurs.

Entreprise

Il y est le plus souvent chargé du recrutement, de la gestion des ressources humaines, de la formation, des bilans de compétence, d'études marketing.

Extrait du site internet de l'Ecole de Psychologues Praticiens
(<http://www.psychopraticiens.fr/carrieres>).

V. Extrait de l'introduction de mon mémoire de fin d'étude de psychologie

Source : PEGON G., (2003), *Le vécu de l'enfant épileptique au Viêt-Nam. Approche psychologique et interculturelle à partir de neuf situations cliniques*, mémoire pour l'obtention du diplôme de psychologue clinicien de l'Ecole de Psychologues Praticiens, Paris, 258 pages.

Une rencontre entre folie et étrangeté :

Il m'est arrivé de rencontrer, lors d'un stage en hôpital psychiatrique, des patients psychotiques qui étaient vraiment étranges. La psychose nous fait ressentir nos différences avec l'Autre à travers un violent mouvement d'expulsion. Mais ici, ces autres étaient doublement étrangers, de par leur pathologie mais également de par leur culture, ils étaient d'origine maghrébine ou d'Afrique noire. La première rencontre avec ces patients était souvent très difficile, la barrière des représentations culturelles ne permettait pas l'accès à un échange compréhensible immédiat. Cependant, il arrivait parfois à l'interne en psychiatrie qui recevait les patients de leur parler en arabe, dans leur langue maternelle. Dans ces moments-là, nous avions l'impression que quelques barrières se levaient, et nous découvrions un nouveau paysage de ce que pouvait être la pathologie mentale pour ces gens-là.

Les questions que je me posais alors étaient de quoi parlons-nous lorsque nous utilisons des concepts psychopathologiques tels que les notions de schizophrénie, de délire mystique, de paranoïa... Qu'est ce qui fait qu'une personne qui se dit possédée par un démon en France est considérée, voire vénérée comme un chef religieux dans d'autres pays ? Quel est le sens de la notion de folie, pour nous et pour ces Autres ?

Questionnement autour du rôle de l'ethnopsychologue :

Les expériences que j'ai pu acquérir ces dernières années par l'intervention auprès d'associations, de personnes en détresse mentale ou d'individus dans leur environnement de travail, en France et à l'étranger (notamment en Biélorussie, au Maroc, et à la Réunion) m'ont énormément questionné sur le rôle de l'« ethnopsychologue. » Lors de la consultation thérapeutique face à un Autre doublement étranger de par son individualité et sa culture, le psychologue se retrouve démuné de son habituel langage thérapeutique, l'échange naît d'une communication qui est, je pense, au-delà de la culture (métaculturelle).

Lors d'un autre stage effectué auprès d'enfants autistes issus de migrants musulmans, j'ai pu saisir à quel point le psychologue doit puiser sa thérapeutique dans une créativité épurée des normes culturelles « normalisatrices » qui peuvent la constituer. Il doit chercher à être ouvert à l'Autre dans toutes ses dimensions (psychiques, éducatives, culturelles, familiales...) Bien souvent, dans ces situations, le sujet étranger venait consulter, accompagné de sa famille. Je m'interrogeais alors sur l'impact des représentations familiales sur la pathologie d'un de leurs membres sur l'évolution de cette pathologie et sur la manière dont ils allaient appréhender une thérapie qui était, le mieux possible, dénuée de tout fondement mystique ou magique.

VI. Tableau récapitulatif des corpus doctrinaux de référence étudiés

Types de document	Nombre
Comptes-rendus des réunions « plénière » du CSMP de 2000 à 2007	75
Comptes-rendus des réunions « bureau » du CSMP de 2000 à 2007	30
Rapports annuels du CSMP de 2000 à 2007 sur ces différentes actions (bilan général, psycho RMI, Espaces-Rencontres, réseau départemental CHRS, évaluations)	26
Missions, Journal du Centre Psychothérapique de l'Ain de 2002 à 2007	10
Rapport du groupe de travail GSMP participants à la l'élaboration du second projet d'établissement du CPA	1
Projet d'Etablissement n°2 du CPA	1
Rapports de l'action publique et textes officiels encadrant les actions du CSMP	17
Textes de loi (circulaires, décrets, lois) encadrant les actions du CSMP	27
Documents relatifs à la construction du CSMP fournis par l'ORSPERE (rapports, courriers, programme de formation, questionnaire d'évaluation de formation et résultats, cadre logique, profil de poste)	9
Documents relatifs aux Evaluations des Pratiques Professionnelles (rapport d'accréditation HAS, rapport de certification HAS, questionnaires d'évaluation, fiche action, courrier, exposé, extrait du guide d'aide à la cotation V2)	8
Documents relatifs au projet d'accueil et accès aux droits des populations en situation sociale précaire de la ville de Bourg-en-Bresse (courriers, présentations, projets, comptes-rendus de rencontre)	6
Textes de références contenus dans le dossier « textes de références » du CSMP (cf. annexes du chapitre 7 pour le détail)	17
Textes du cours du Docteur TABARY pour les écoles d'infirmiers et les écoles de cadres infirmiers	1
Documents de référence de réunions du projet « SPEL publics en difficultés » de Belley (comptes-rendus de réunion, projets, évaluations d'anciens projets, diagnostics de territoire)	30
Documents de référence du projet « Déclic Santé » (dossier de demande de subvention, évaluation, cahier des charges, comptes-rendus)	12
Documents de référence du Centre de post-cure « Hélios » (projet de service, journal de l'établissement, plaquette de présentation)	3
Documents de référence du service 115 de l'ADSEA (projet de service, fiches de poste, plaquette de présentation)	5
Documents de référence de la PASS de l'hôpital Fleyriat (projet, plaquette de présentation, cours donnés aux internes de l'hôpital, outils de travail - passeport soin)	7
Projet de service du CMP de Bellegarde	1
Documents de référence de l'unité intrahospitalière « Centre d'Accueil Permanent - CAP » du CPA (plaquette de présentation, fiche de liaison, extrait de main courante, textes théoriques)	6

VII. Tableau récapitulatif des observations impliquées effectuées

119 observations impliquées ont été effectuées (durée entre 2h et 4 jours).

Type d'observation impliquée (lieu de la rencontre)	Date de la rencontre (durée)
Réunion des membres du bureau du CSMP « réunion bureau » (Bourg-en-Bresse)	2006 : 13 janvier (2h), 10 février (2h), 10 mars (2h), 14 avril (2h), 19 mai (2h), 9 juin (2h), 8 septembre (2h), 6 octobre (2h), 10 novembre (2h), 8 décembre (2h) 2007 : 12 janvier (2h), 13 avril (2h), 4 mai (2h), 8 juin (2h), 14 septembre (2h), 12 octobre (2h)
Réunion des référents du CSMP « réunion plénière » (Bourg-en-Bresse-Ambérieu)	2006 : 27 janvier (4h), 24 février (4h), 24 mars (4h), 28 avril (4h), 30 juin (4h), 29 septembre (4h), 27 octobre (4h), 1 décembre (4h), 22 décembre (4h) 2007 : 26 janvier (4h), 23 février (4h), 23 mars (4h), 27 avril (4h), 29 juin (4h), 28 septembre (4h), 26 octobre (4h), 14 décembre (4h)
Réunion de travail avec le responsable et la coordinatrice du CSMP (Bourg-en-Bresse)	2006 : 15 février (2h), 15 juin (3h), 6 juillet (3h), 28 septembre (3h), 16 novembre (3h) 2007 : 18 janvier (3h), 8 février (3h), 20 février (3h), 8 mars (3h), 28 septembre (2h)
Réunion concernant le projet «SPEL publics en difficultés » (Belley)	2006 : 12 avril (2h), 29 mai (3h), 29 juin (3h), 25 juillet (3h), 22 septembre (3h), 25 septembre (3h), 12 octobre (3h), 8 novembre (3h), 12 décembre (6h) 2007 : 15 janvier (3h), 31 janvier (3h), 20 février (3h), 5 avril (3h), 3 mai (3h), 11 septembre (3h), 20 septembre (3h), 3 octobre (3h) 5 octobre (3h), 23 octobre (3h), 29 octobre (journée), 7 novembre (3h), 13 novembre (3h), 28 novembre (3h)
Réunion avec l'Inspectrice principale et inspecteur de la DDASS de l'Ain concernant le projet d'équipe mobile. (Bourg-en-Bresse)	2006 : 13 janvier (2h), 24 avril (2h), 27 juillet (2h)
Réunion avec le Directeur des services financiers du CPA au sujet du projet d'« Equipe Mobile. » (Bourg-en-Bresse)	2006 : 20 janvier (2h)
Réunion concernant le dispositif « Accueil et accès au droit » (Bourg-en-Bresse)	2006 : 30 mars (3h), 29 novembre (2h)
Réunion concernant le dispositif « Psychologues RMI » (Bourg-en-Bresse)	2006 : 23 octobre (3h) 2007 : 15 mars (3h), 28 juin (3h)
Réunion avec le Directeur Général de l'association « Alpha 3 A » (Bourg-en-Bresse)	2006 : 23 février (2h30)
Réunion concernant le dispositif Départemental Réseau CHRS-CSMP (Bourg-en-Bresse)	2006 : 12 janvier (5h), 19 janvier (2h), 16 mars (2h), 6 avril (3h), 1 juin (3h), 21 septembre (3h), 7 décembre (3h) 2007 : 25 janvier (2h), 15 mars (2h), 17 avril (3h), 3 juillet (3h)
Réunion de présentation de la Charte du CSMP à l'équipe psychiatrique du CMP de Ferney-Voltaire (Ferney-Voltaire)	2006 : 23 mars (5h)
Réunion du réseau Santé Mentale Précarité (Bourg-en-Bresse)	2006 : 18 décembre (3h) 2007 : 29 janvier (3h)
Réunion des groupes de travail du CSMP concernant l'élaboration d'un document de référence CSMP (Bourg-en-Bresse)	2007 : 18 juillet (2h), 7 septembre (2h), 13 septembre (2h), 2 octobre (2h), 12 octobre (4h), 23 octobre (4h), 9 novembre (4h), 6 décembre (2h)

Travail quotidien de l'équipe soignante du Centre d'Accueil Permanent du CPA (Bourg-en-Bresse)	2006 : 26 au 28 juin (journée)
Travail quotidien de l'équipe soignante d'un CMP (« L'adresse ») du CPA (Bourg-en-Bresse)	2006 : 17 au 20 juillet (journée)
Travail de l'équipe des écoutants du 115 (Péronnas)	2007 : 26 avril (5h)
Réunion « Espaces Rencontres CHRS-CMP » (Viriat), (Bourg-en-Bresse), (Ambérieu, Blyes)	2006 : 29 juin (2h), 18 septembre (2h), 16 octobre (2h), 13 novembre (2h), 18 décembre (2h) , 21 décembre (3h) 2007 : 26 février (2h), 15 mars (3h), 26 mars (2h), 15 mai (3h), 7 juin (3h), 25 juin (2h), 27 septembre (3h), 13 décembre (3h)
Première journée nationale des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie (Paris)	2007 : 16 mars (journée)
Journée organisée par le CSMP « L'impasse psychosociale » (Ceyzeriat)	2007 : 31 mai (journée)
Réunion avec l'équipe soignante puis avec un patient âgé en situation de précarité du Département Personnes Agées du CPA (Bourg-en-Bresse)	2007 : 1 mars (4h)

Règles de confidentialité mises en place pour les observations impliquées et les entretiens :

- demande d'accord systématique d'utilisation des propos des personnes interviewées ou observées, avec indication concernant leur anonymisation.
- mise en garde, préalable à la participation des personnes observées ou interviewées, concernant le fait que nous ne pouvons pas protéger ces personnes complètement, notamment si leur récit donne à voir des caractéristiques qui les rendent facilement identifiables.
- proposition de formuler à tout moment des demandes de confidentialité pendant les entretiens et temps d'observation, demandes qui seront systématiquement prises en compte.

VIII. Tableau récapitulatif des entretiens menés et guides d'entretien

31 entretiens ont été menés au cours des années 2006 et 2007 auprès de 32 professionnels de l'action sanitaire et sociale. Les entretiens ont duré entre 50 minutes et 1h40.

Nom de la personne et type d'entretien (EI : Entretien Individuel EG : Entretien en Groupe)	Profession et titre des personnes interviewées	Date de la rencontre
Mme BON (EI)	Assistante sociale dans une unité intrahospitalière du CPA	24 mai 2007
Mme TISSERAND (EI)	Cadre Infirmière de Proximité dans un CMP - Référente du CSMP	8 décembre 2006
Mr NOMAD (EI)	Chef de service d'un CHRS	25 janvier 2007 30 mars 2007
Mr CHASSEPOT (EI)	Cadre Infirmier de Proximité d'un CMP - Référent du CSMP	8 juin 2006 6 octobre 2006
Mlle LEDOUX (EI)	Infirmière dans une unité intrahospitalière du CPA	21 mars 2007
Mme CLOS (EI)	Infirmière dans une unité intrahospitalière du CPA	28 juin 2006
Mr HUNTER (EI)	Psychologue dans un service social du CPA - Référent du CSMP	16 mars 2006
Mme BERTHET (EI)	Inspectrice santé publique retraitée de la DDASS de l'Ain	14 décembre 2007
Mme RENARD (EI)	Infirmière dans un CMP - Référente du CSMP	17 juillet 2006
Mme BAR (EI)	Infirmière dans un CMP - Ancienne agent de santé du projet « Déclic Santé »	16 mai 2006
Mme MARTIN (EI)	Cadre Infirmière Supérieure au Centre d'Accueil Permanent Ancienne référente du CSMP	27 juin 2006
Mlle DUJARDIN(EI)	Cadre Infirmière de Proximité dans une unité intrahospitalière du CPA - Référente du CSMP	26 juin 2006
Mme MARIN (EI)	Psychologue RMI	28 juin 2007
Mme LABORDE (EG)	Educatrice Spécialisée dans un CHRS	26 octobre 2006
Mme DESPRISES (EG)	Conseillère en Economie Sociale et Familiale dans un CHRS	
Mme LACOSTE (EG)	Stagiaire éducatrice spécialisée dans un CHRS	
Mr ENCLIN (EI)	Psychiatre dans une unité intrahospitalière du CPA	26 juin 2006
Mr LAVAL (EI)	Sociologue à l'ORSPERE	13 mars 2007
Mr DUCHEMIN (EG)	Médecin responsable d'un centre de postcure	28 mars 2007
Mr CIPIERRE (EG)	Ancien cadre infirmier de proximité d'une unité intrahospitalière du CPA	
Mr POST(EI)	Psychiatre dans un CMP	17 juillet 2006
Mme NOIR (EG)	Médecin Inspecteur de Santé Publique à la DRASS	11 juillet 2006
Mme POINT (EG)	Conseillère technique en travail social à la DRASS	
Mme CHEVAL (EI)	Psychologue RMI - Référente du CSMP	26 janvier 2007
Mme LECONTE (EI)	Assistante Sociale dans un CMP- Référente du CSMP	17 juillet 2006
Mlle CLERC (EI)	Conseillère en Economie Sociale et Familiale dans un hôpital de médecine générale	8 février 2007
Mme ROUX (EI)	Psychiatre dans un CMP - Référente du CSMP	26 février 2007
Mme SANSON (EI)	Psychologue dans un CMP	18 juillet 2006
Mme JASMIN (EI)	Interne en psychiatrie dans une unité intrahospitalière du CPA	27 juin 2006
Mme PARTSON (EI)	Cadre Infirmière de Proximité dans un CMP - Référente du CSMP	12 avril 2006
Mme Marie Emmanuel (EI)	Infirmière dans un couvent de sœurs Dominicaines	13 septembre 2007
Mr TABARY (EI)	Psychiatre - Responsable du CSMP	13 janvier 2006 15 juin 2006

Guide d'entretien pour les coordinateurs et inspecteurs DRASS/DDASS, directeurs d'institutions sanitaires et sociales (CMP, CHRS, foyers sociaux), membres du bureau du CSMP

Nom de la structure :

Nom du professionnel rencontré :

Formation d'origine :

Tel :

Date de l'entretien :

Profession :

Email :

Thèmes à aborder :

- Histoire du projet/de l'établissement/de l'association

- Date de création,
- Problématique générale,
- Objectif(s) principal et spécifique(s)
- Souhaits du (ou des) promoteur(s),
- Principes et hypothèses de travail (orientation stratégique et politique, demander le projet d'établissement et le rapport d'activité si disponible).

- Fonctionnement actuel du projet/de l'établissement/de l'association

- Sources de financements,
- Activités proposées et modalités du budget (répartition budgétaire et temporelle des activités),
- Qualité et quantité des ressources humaines travaillant dans le projet/l'établissement/l'association (trajectoire, formation, culture professionnelle, statut salarié ou bénévole, type d'emploi, représentation qu'ils ont du travail du personnel...)

- Situation du réseau porteur du projet santé mentale précarité

- Problématiques mobilisatrices du réseau (les besoins, objectifs de départ et évolution),
- Structures concernées par ce réseau en lien avec l'institution visitée,
- Personnes, professionnels, promoteurs impliqués dans ce réseau (structure du réseau),
- Difficultés (stratégiques, politiques) rencontrées à travailler avec ce réseau,
- Sources de satisfaction apportée par ce réseau.

- Perception des stratégies mises en œuvre dans le champ de la santé mentale et du travail social, et des transformations institutionnelles engendrées par le réseau

- Originalité et innovation des stratégies mises en œuvre pour travailler en réseau,
- Transformations observées dans la relation institution/professionnel (démocratie participative, forum hybride dans les réunions, participation des usagers, des infirmières dans la définition du projet d'établissement),
- Transformations observées sur les stratégies institutionnelles (nouvelle culture d'entreprise, associative, mutations identitaires des institutions, nouveaux rôles dans les politiques locales),
- Transformations observées sur les liens interinstitutionnels (DDASS/DRASS, associations, autres structures sanitaire, sociale, économique, juridique...),
- Difficultés rencontrées (modalités de coordination interinstitutionnelle par ex, pb de convention, de budget à partager, etc.),
- Évolutions envisagées(-ables) du projet de l'établissement/de l'association.

Guide d'entretien pour les professionnels de terrain des structures sanitaires et sociales

Nom de la structure :

Nom du professionnel rencontré :

Partage du temps de travail avec d'autres activités :

Tel :

Date de l'entretien :

Profession :

Email :

Thèmes à aborder :

- Les usagers et leur problématique

- Caractéristiques générales des usagers (nombre d'usagers par an, caractéristiques sociologiques classiques ; âge, sexe, CSP),
- Mode d'arrivée dans la structure (HO, demande d'un tiers, demande personnelle, orientation famille, ami, services sociaux ou judiciaires, etc.),
- Qualité de la demande/non demande et/ou de la nature du problème (« trouble psychiatrique », « souffrance sociale », « souffrance psychique »...)
- Mode de traitement de la demande et des services proposés (prévention primaire, accès aux soins, réorientation éventuelle, continuité des soins,...)

- Trajectoire professionnelle et place du professionnel dans la structure

- Activités proposées et place du professionnel dans ces activités,
- « Mission », rôle que se donne le professionnel dans la structure (enjeux personnel, politique, social, clinique),
- Trajectoire professionnelle (formation et orientation/référent politique, sociale, clinique, théorique... « les théories scientifiques des acteurs »)
- Relation avec les autres professionnels de la structure (culture, langage commun ?).

- Situation du carrefour santé mentale précarité au regard de leur pratique professionnelle

- Problématiques (psy, sociales) mobilisatrices du réseau (les besoins, objectifs de départ et évolution),
- Motivations qui les poussent à investir le réseau,
- Professionnels et institutions les plus facilement impliqués dans le réseau (par le fait de lien formel et informel préexistant par ex),
- Difficultés rencontrées à travailler en réseau (travail en réseau vs politique de secteur, modalités de coordination interprofessionnelle, ...),
- Sources de satisfaction apportée par le travail en réseau dans leur pratique.

- Perception des stratégies mises en oeuvre dans leur pratique de clinicien et/ou de travailleur social, et des transformations de leur pratique engendrées par le réseau

- Originalité et innovation dans leur manière de concevoir leur pratique (comment qualifier son travail aujourd'hui, quelle évolution en 10 ans par ex),
- Transformations observées dans leur pratique professionnelle (nouvelle culture professionnelle, mutation identitaire des professions, nouvelle forme de relation interprofessionnelle, nouvelle forme de relation avec les usagers),
- Difficultés rencontrées (sentiment de perte, de mélancolie d'une identité professionnelle perdue par ex),
- Evolutions envisagées(-ables ?) dans leur pratique (avec les autres ?)

Phrase d'entrée en matière pour les référents : Pouvez-vous me raconter comment vous êtes arrivé(e)s au CSMP ?

ANNEXES DU CHAPITRE 1

I. Témoignage de soutien aux partenaires sociaux du CSMP : l'exemple du CHRS « Le FAR »



CARREFOUR SANTE MENTALE PRECARITE (C.S.M.P.)

Avenue de Marboz
01000 BOURG en BRESSE

Tel : 04 74 52 28 47
Fax : 04 74 52 24 11

TEMOIGNAGE

Nous soussignés, membres du Carrefour Santé Mentale Précarité, service chargé d'organiser au sein du CPA la politique d'accueil et de soins en faveur des personnes démunies, et, à ce titre, de favoriser l'établissement de lien entre la psychiatrie publique et les organismes d'accueil, d'hébergement et d'insertion des personnes précaires, souhaitons témoigner de la qualité de l'implication et des relations avec le FAR et le Temps des Cerises.

Dès l'origine, en 2000, les équipes éducatives de ces deux structures se sont engagées, avec d'autres, dans ce travail de partenariat au bénéfice des personnes qu'ils accueillent.

Ceci s'est concrétisé par :

1. L'instauration d'actions communes :
 - Ponctuelles : participations régulières aux journées d'échange et de formation,
 - Pérennes : ESPACE- RENCONTRE, réseau départemental CHRS- Santé mentale, réseau Psychiatrie- Santé Mentale sur la ville de BOURG
2. La facilitation confirmée des relations entre les services de soin et le FAR.
3. Un renforcement de la disponibilité du FAR à accueillir des personnes souffrant de troubles mentaux, en milieu non spécifique, avec évaluation préalable et suivis concertés. On sait combien ces patients ont du mal à trouver des lieux de résidences ; le FAR, comme d'autres CHRS, est un lieu où ils sont accueillis sans discrimination, et, pour ce qui est du FAR, souvent sans délai. La possibilité d'accueil de suite au TEMPS des CERISES est fréquemment utilisée.
4. La sensibilisation des équipes éducatives et la facilitation de la communication, permettent une amélioration de la détection, l'encadrement et l'accompagnement aux soins si nécessaire, des résidents souffrant de troubles psychiques ou psychologiques.
5. Enfin cette coopération permet d'entretenir et de développer une participation à la recherche dans le domaine psychosocial : connaissances croisées, informations, échanges de savoir. Les membres du FAR ont toujours participé activement aux actions organisées dans ce domaine.

La disparition ou la réduction de la capacité d'accueil d'une structure travaillant dans un tel esprit d'ouverture, de respect, de disponibilité, de tolérance, dans le souci d'améliorer l'insertion de résidents particulièrement fragiles, représenterait un préjudice grave pour ces personnes, et, pour les équipes soignantes, la perte d'un partenaire de première importance sur la ville de BOURG.

Au delà du département, le FAR accueille souvent des personnes souffrant de troubles psychiques avérés, mais qui se révèlent après leur admission. La collaboration établie avec notre service, permet le maintien de ces patients dans un processus d'insertion avec éventuellement reprise de soins, en l'absence de quoi certains n'auraient d'autre ressource que la réhospitalisation.

En foi de quoi nous rédigeons le présent témoignage aux fins d'apporter notre soutien aux équipes du FAR et du TEMPS des CERISES.

Bourg en Bresse le 17 octobre 2006
Pour le CSMP : Dr TABARY

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Finalisation de la Charte												
Coordination / Suivi (élaboration/réflexion projet)	Debut de l'acheminement dans les secteurs	Idee de la création d'une PASS	Réflexion sur une PASS à Bourg		Réflexion sur une PASS à Bourg	Réflexion sur le cadre légal des PASS			En attente présentation CME	Validation CME	Début de la présentation de la Charte aux secteurs	Réflexion sur les besoins des PASS
	Réflexion sur le suivi des migrants	Point sur le développement du CSMP à travers le recrutement d'un infirmier			Point sur les actions de la DIDASS	Rencontre avec la DIDASS				Réflexion sur le thème « Santé précarité, quels discours aux politiques ? »		
Information / Sensibilisation / Communication					17/05 : Journée « Psychopathologie et migration »				Proposition d'une journée « Précarité et cotétement avec la mort »	Recherche d'idée pour un appuyer un article de J. Furlyps (à sa demande)		
	Présentation de trois cas cliniques	Communication de MDM sur « migrants et réfugiés politiques »	Cas clinique « Petit déjeuner causant »		Intervention d'un membre d'Alpha 3 A				Intervention sur le thème « Santé précarité, quels discours aux politiques ? »		Présentation d'un cas clinique intervenant sur la CMU	
Enquête / Evaluation / Recherche												
					Point sur l'enquête sur le logement 2002							
Formation										Restriction des budgets de formation		
		Point sur les formations en 2003										
Rencontres / Consultations (partenaires/aidants/patients)				Rencontre avec le secteur 6		Bilan des espaces rencontres						CHRS demande supervision de groupe
		Point sur les actions de terrain		Point sur les actions de terrain					Point sur les actions de terrain			

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Coordination / Suivi (élaboration/réflexion)	Fin de la présentation dans les secteurs		Evaluation du suivi de la Charte	Reflexion sur la création d'un collectif CSMP-CHRS		Point sur la Charte			Accueil de la CIP assurant le suivi/coordination du CSMP			Apparition du projet « Equipe mobile psychiatrie »
Information / Sensibilisation / Communication	Point sur la situation dans le département	Reflexion sur la diminution des moyens du CSMP, point sur les financements DDASS	Reflexion sur les présentations dans les plénières	Reflexion sur la création d'un collectif CSMP-CHRS	26 mai : journées « Violence & précarité »	Bilan de la journée	Bilan de la journée	Bilan de la journée	Intervention d'une ancienne du Samu Social de Paris	Présentation de la violence fondamentale angolaise	Proposition d'organisation d'une journée « Connaissance des CHRS »	Id
Enquête / Evaluation / Recherche	Mise en place de la PASS à Fleury	Reflexion sur les présentations dans les plénières	Discussion sur l'élaboration de nouveaux outils de communication	Organisation d'une journée de rencontre CSMP/CHRS « entre plainte et demande »		Bilan de la journée			Intervention d'un cas de violence fondamentale	Présentation d'un cas de violence fondamentale	Projet de mise en place d'un bulletin liaison	Intervention d'une journaliste sur la mise en place d'un bulletin
Enquête / Evaluation / Recherche		Point sur l'évaluation du site intranet	Elaboration de nouveaux outils de communication	Organisation d'une journée de rencontre CSMP/CHRS « entre plainte et demande »		Programme de la « saison 2005-2006 »			Intervention d'une ancienne du Samu Social de Paris	Présentation d'un cas de violence fondamentale	Projet de mise en place d'un bulletin liaison	Intervention d'une journaliste sur la mise en place d'un bulletin
Enquête / Evaluation / Recherche		Point sur les travaux du groupe de lecture : « qu'est ce que la précarité ? »	Evaluation des PASS mises en place dans le département	Point sur l'évaluation du logement		Présentation d'un cas d'une jeune adulte résidente au FAR			Point sur la recherche action « Demandeurs d'asile »			Point sur l'arrivée du doctorant en sociologie
Formation	Point sur les formations à venir											Point sur les formations à l'IFI
Rencontres / Consultations / (partenaires/aidants/patients)	Bilan des espaces rencontres	Point sur les relations avec les CHRS	Point sur les relations avec les CHRS	Point sur l'évaluation du logement		Sollicitation de l'entraide protestante			Point sur les secteurs	Point sur les actions menées à Bourg pour les personnes les plus démunies	Point sur les actions dans les secteurs	

ANNEXES DU CHAPITRE 2

I. Récapitulatif des interventions effectuées lors des « réunions plénières » (2002-2007)

Date	Nom, titre et institution de rattachement de l'intervenant	Thème de l'intervention
8 novembre 2002	Madame VAVIZE, psychologue au foyer de Trèves à Miribel et Mme RENARD du CMP de Montrevel	Présentation d'un cas d'une jeune fille d'origine congolaise, présentant des troubles du comportement importants, réfugiée, mais en fait très isolée au foyer de Miribel ; actuellement hospitalisée au CPA. Quel avenir pour elle ?
10 janvier 2003	Mme MARTIN, CIS, CAP	Réflexion sur 3 cas cliniques de personnes accueillies au CAP posant notamment le problème des relations avec les CHRS, ou celui du mésusage de l'argent chez les personnalités psychotiques se mettant en situation d'exclusion
14 février 2003	Equipe de Médecins du Monde (Docteur POUWELS, Madame Françoise KAES, Madame Jacqueline MEGARD)	Partage d'expériences dans la rencontre des migrants et des réfugiés
14 mars 2003	Sophie MORIER, psychologue RMI, Maryse GAVAND, infirmière au CMP de Bourg et Madame Annick BERTRAND, assistante sociale à la DIPAS, animatrices du groupe.	Présentation d'un cas clinique « Petit déjeuner causant »
13 juin 2003	M. HERAIL, Responsable du Foyer ALATFA à Bourg	Présentation détaillée sur le foyer, les résidences sociales, et la manière dont y sont gérées les relations avec la psychiatrie
12 septembre 2003	Docteur LECLERC	« Place du politique dans le dispositif de soin et de prévention des troubles liés à la précarité. Quel discours aux politiques ? »
10 octobre 2003	Monsieur BLANC, FAR Monsieur HUNTER, Psychologue, RSMP Madame LABORDE, ES, Tremplin Madame ROMAND, Parenthèse	« Santé et Précarité : Quel discours aux Politiques ? »
14 novembre 2003	Docteur ITIER et Madame ROY	Présentation de cas clinique
12 décembre 2003	Madame RAT	Présentation de la CMU
23 janvier 2004	Docteur HOLIVE	« Un homme, 58 ans, SDF : précarité ordinaire ? »
27 février 2004	Monsieur PANDOU, Directeur du Centre d'Action Educative, Protection Judiciaire de la Jeunesse.	« Souffrance de l'Autre. Lectures et pratiques autour de l'exil »
26 mars 2004	Monsieur ZAHID et Equipe de l'US Ados.	« Une problématique adolescente aux frontières de l'impasse thérapeutique »
30 avril 2004	Madame ROMAND, Responsable de la Parenthèse.	« Présentation du CHRS la Parenthèse. Violences conjugales et précarité »
2 juillet 2004		Présentation de l'enquête logement 2003
29 octobre 2004	Madame NOIR, Adjoint Social à la Circonscription d'Action Sociale de Bourg.	« Les problèmes de violence liée à la précarité dans l'Ain »
19 novembre 2004	Madame PECHERY, Assistante Sociale et Madame RENARD, Infirmière.	« Soignants et témoins impuissants d'un effondrement inévitable »
10 décembre 2004	Madame BAR, infirmière à DECLIC SANTE Ferney Voltaire.	« Présentation de Déclic Santé, un accompagnement vers les soins pour des personnes en grandes difficultés sociales »
28 janvier 2005	Docteur BONEPOSTE, psychiatre, L'Adresse. Mme SANSON, psychologue, L'Adresse.	« Un sans dit : cinq »
25 février 2005	Madame UGHETTI Madame SOUBRIER	« Isabelle, la mentale congolaise »
25 mars 2005	Monsieur LUX	« Petite souffrance ordinaire dans la Silicone Valley »

29 avril 2005	Madame ANNELLI, Orsac Insertion.	« Quelle place le travail tient-il encore dans l'insertion en 2005 »
24 juin 2005	Madame BON, animatrice au FAR. Madame FUENTES, Infirmière, L'Adresse.	« Adèle, entre vulnérabilité et meurtrissures, dans une tentative de survie » (cas suivi en Espace-Rencontre)
30 septembre 2005	Madame DE COURSON, Cadre et sociologue, Samu social de Paris.	« Le Samu social de Paris hier et aujourd'hui »
28 octobre 2005	Monsieur HUNTER, Psychologue, CSMP-RSMP.	« La violence comme mode de sortie de la précarité ? »
25 novembre 2005	Monsieur CANONI	« De l'Angola à l'AUDA, et après »
16 décembre 2005	Madame BUREAU, journaliste.	Conseil pour élaboration d'un bulletin
24 février 2006	Madame LECONTE, AS, CPA.	Présentation du « Plan Borloo »
24 mars 2006	Docteur BERBEY.	Présentation d'un cas clinique
28 avril 2006	Monsieur COLIGNON, assistant social scolaire.	« L'autre (alcoolique, pauvre, précaire...) utilité sociale et condition d'existence »
2 juin 2006	Madame MAGOUTIER, assistante sociale, CPA.	« Situation d'une personne hospitalisée en service d'entrée »
30 juin 2006	Madame BRUYERE, psychologue, ORSPERE.	« Les soins psy aux demandeurs d'asile : état des pratiques en région Rhône-Alpes à partir de la recherche de l'ORSPERE-ONMSP ».
27 octobre 2006	Monsieur RAVON, sociologue, CRESAL-UnivL2.	« Clinique du lien défait et actualité de la psychothérapie institutionnelle »
1 er décembre 2006	Docteur EYRAUD, psychiatre, CMP de Bourg-en-Bresse.	« Cas de Sandy » (jeune femme, incapable d'établir des liens durables)
26 janvier 2007	Docteur JASMIN, psychiatre, CAP du CPA.	« Le patient étranger en situation irrégulière aux urgences psychiatriques »
23 février 2007	Docteur HUGUES, médecin urgentiste, Hôpital de Fleyriat. Mademoiselle CLERC, CEF, Hôpital de Fleyriat.	Présentation du dispositif « PASS » de Fleyriat
23 mars 2007	Docteur ROSENBERG, médecin de la ville de Bourg	Présentation du projet d'accès aux droits de la ville de Bourg en Bresse
27 avril 2007	Madame BESANCON, psychiatre à BESANCON	Présentation de la structure « Les Invités au Festin » et la psychiatrie citoyenne.
29 juin 2007	Monsieur TABARY, responsable du CSMP Monsieur Christian LUX, psychologue au CPA	Présentation de lecture : « Je vous salis ma rue » de Sylvie QUESEMAND ZUCCA Présentation de lecture : « Vies ordinaires, vies précaires » de Guillaume LE BLANC
28 septembre 2007	Madame RENARD, référente au CSMP	Présentation des travaux en cours de l'ORSPERE et de la création d'un dispositif régional sur les demandeurs d'asile
26 octobre 2007	Docteur MORIER, psychiatre au CAP du CPA	Présentation d'un cas de demandeur d'asile
30 novembre 2007	Docteur RASOLO, psychiatre au CPA	Présentation d'un cas de femme en situation de précarité sociale
14 décembre 2007	Docteur DAMIZET, psychiatre au CPA	Présentation de deux cas de précarité chez la personne âgée

II. Récapitulatif des enquêtes, recherches et évaluations menées au CSMP (2000-2004)

Source : Comptes-rendus de réunion plénière.

Dates	Objet de l'enquête
26 mai 2000	Enquête sur la précarité, évaluation des besoins dans les secteurs + évaluation des moyens nécessaires au CSMP
27 avril 2001	Enquête « urgences psychiatriques » : cette enquête est effectuée par l'équipe du CAP ainsi que celle des urgences de Fleyriat. Elle débutera le lundi 30 avril, les premiers résultats sont prévus pour le 17 mai. Elle s'appuie sur 4 critères pour définir la précarité (Couverture sociale, Ressources, Isolement familial, Logement)
28 juin 2002	Lancement de la recherche « précarité en milieu rural » dans secteur 2, CHRS secteur 3 et ORSPERE.
13 juin 2003	Enquête sur le relogement (à donné lieu à un rapport).
23 janvier 2004	Enquête logement 2003 : A la demande de nombre d'assistante sociale, l'enquête est reconduite pour 2003, sous la même forme qu'en 2002. Elle devrait permettre de voir l'évolution sur plusieurs années, mais également l'impact du changement de fonctionnement du FSL sur le relogement.
4 juin 2004	Evaluation initiée sous injonction du Département d'Information Médicale (DIM) concernant. Recherche d'indicateurs de suivis de la Charte : Evaluation quantitative de la précarité (DIM), Utilisation de la PASS, Evaluation des mises en place de pratiques d'accueil adaptées dans les CMP, Développement des actions de partenariat.
24 septembre 2004	Réflexion autour de l'évaluation de la Charte dans les secteurs en vu d'élaborer le Cahier des charges.

III. Récapitulatif des données quantitatives et qualitatives recueillies par les référents du CSMP au cours de la période 2005-2007

Source : Projet d'« Equipe Mobile Santé Mentale Précarité du département de l'Ain (EMSMP)- 2008 : Création d'une Equipe Mobile », p. 8-10.

Données quantitatives
Données générales (chiffres 2005 et 2006)
<p>Avec 6,6% de demandeurs d'emploi, l'AIN est en bonne position dans la région RHONE -ALPES¹. Fourchette de 4, 5% (BOURG) et 8,1% (OYONNAX).</p> <p>Toutefois 9400 foyers perçoivent un des minima sociaux (RMI, AAH, API) et 1400 personnes l'ASS. 20% de ces foyers ont des revenus inférieurs au seuil des bas revenus.</p> <p>16597 personnes (bénéficiaires et ayant droits) ressortent de la CMU + CMU complémentaire.</p> <p>Le nombre de titulaires du RMI s'établit vers les 5500 (1% de la population) dont 50% de femmes.</p> <p>Le taux de logement « indigne » est de 3% de la population.</p> <p>En 2006, les CHRS ont accueilli 256 personnes pour une capacité d'hébergement de 153 places.</p> <p>En 2006, le département dispose également de 30 places d'accueil de jour.</p> <p>En 2006, les résidences sociales représentent 751 places auxquelles s'ajoutent les places en foyers résidences.</p> <p>En 2006, le département dispose de plus de 287 places d'hébergement réparties dans les CADA (195), AUDA (42) et CPH (50).</p>
Données concernant la psychiatrie
<p>Un sondage dans les CMP du CPA fait ressortir que, dans la file active des demandeurs de soin, de 5 à 25% selon la localisation (de 5% à MONTREVEL, à 25% à BOURG) présentent des pathologies en rapport direct ou indirect (retard de soins et de réinsertion) avec la précarité : ressources, (AAH exclu), emploi, couverture sociale, logement, isolement social (défaut de moyen de déplacement en milieu rural) précarité administrative (demandeurs d'asile).</p> <p>Dans les CHRS, une enquête portant sur les trois derniers mois de 2005 indique que, sur les 516 adultes ayant fréquenté les CHRS pendant cette période :</p> <p>56 (11%) relèvent de soins psychiatriques, dont 25 (4,8%) en bénéficient.</p> <p>98 (19%) ont des problèmes d'addiction ; dont 26(3%) seulement sont suivis à ce titre.</p> <p>111(26,7%) relèveraient d'un soutien psychologique (100% à la PARENTHÈSE) dont 14 (2,7%) seulement en bénéficient.</p> <p>36 (6,9%) relèvent de soins somatiques, dont 25(4,7%) en bénéficient.</p> <p>Une enquête en 2001 au CAP, indiquait 20% de problèmes liés à la précarité parmi les patients se présentant en urgence.</p> <p>Les Psychologues RMI ont reçu 379 personnes en 2006 (7,5 % des bénéficiaires du RMI) généralement loin de l'insertion par le travail. Le pourcentage de contrats d'insertion - santé est de 17% (550). Les problèmes de santé psychique représenteraient 60% de ces contrats d'insertion santé.</p> <p>Au CPA (année 2006) : sur une file active de 9419 patients (18-65 ans) : 8827 ont au moins un Item « précarité », dont 81 SDF, 889 CMU, 161 sans ressource, 670 RMI, 200 demandeurs d'emploi.</p> <p>D'après une enquête interne au CPA, dans le cadre des EPP, 66% en moyenne, des préconisations de la Charte sont connues et appliquées.</p>
Données qualitatives
Demandes partenariales
<p>La demande en provenance des CHRS et des CADA se confirme et s'affine, notamment pour des patients présentant des pathologies avérées, souvent en rupture de soins, et dans le soutien et le conseil au personnel. Un des enjeux est d'aider à gérer des crises répétitives qui peuvent aboutir à des exclusions. Les liens entre structures de soin et établissement d'accueil sont quelquefois déficients lors de la réintégration de résidents après soins, ne permettant pas aux équipes éducatives d'accompagner le résident dans le suivi.</p> <p>Un entretien avec M. le Directeur d'Alfa 3 A (janvier 2006), fait ressortir des besoins en santé mentale pour cet organisme :</p>

¹ La moyenne des salaires est inférieure à la moyenne régionale

- dépistage et orientation vers le soin, des troubles psychiques qui se manifestent dans les foyers d'hébergement,
- amélioration du suivi des malades hébergés dans ces structures,
- implication dans l'aide aux aidants, notamment dans les structures de réinsertion (DECLIC, DIAPASON).

Les CMS sont demandeurs d'information sur l'organisation et l'accès aux soins, d'évaluation cas par cas, et d'éclairage sur les comportements et problématiques qu'ils rencontrent. Les relations avec les équipes de secteur sont souvent établies - notamment par les biais du service social du CPA - mais seulement en ce qui concerne les patients connus. Les assistantes sociales rencontrent des cas isolés de personnes présentant des troubles psychiques pour lesquels une évaluation conjointe ne peut se faire qu'après une rencontre directe.

A l'occasion de l'élaboration du programme Santé Précarité de BELLEY (réseau santé en faveur des personnes démunies), les problèmes de mal-être psychiatrique ou psychologique sont unanimement cités comme la préoccupation de santé principale et l'obstacle prioritaire à la réinsertion, en même temps qu'est souvent déplorée la difficulté d'accès aux soins, tant du fait de la résistance du sujet lui-même que de la réactivité souvent insuffisante des structures de soin.

Emergences de problématiques spécifiques

Outre les populations traditionnellement évoquées, (et notamment les personnes souffrant de handicap psychique en cours de désocialisation, et donc de rechute), les travaux du CARREFOUR, du RESEAU, et du dispositif PRMI ont permis de faire ressortir des problématiques spécifiques moins repérées jusqu'alors, et qui concernent des populations qui se mobilisent difficilement ou sont en difficulté de repères, peu demandeuses spontanément.

A titre d'exemples :

- Personnes âgées aux faibles revenus, victimes de changements d'établissement multiples, en partie liés à l'épuisement de leurs ressources, et entraînant une aggravation de leur pathologie ;
- Vieux travailleurs immigrés, très isolés dans des résidences sociales ;
- Précarité en milieu rural (femmes isolées) et les difficultés de déplacement (secteurs de MONTREVEL, BELLEY) ;
- Travailleurs pauvres (COTIERE, CHATILLON) ;
- Adolescents issus de famille en situation sociale défavorisée ; (deuxième génération d'immigrés des pays de l'Est) ;
- Enfants de mères victimes de violence, problèmes de parentalité déficiente ;
- Sans papiers isolé.

De plus diverses problématiques sont apparues progressivement, suite aux « dérives » du système social, légal ou du fonctionnement de nos institutions :

- L'effet pervers des dernières dispositions de la Loi de 90 retirant aux directeurs de foyers la qualité de tierce personne pour des demandes d'HDT, qui entraîne une réticence à accepter des patients dans ces structures ;
- L'attraction de certains jeunes pour la marginalisation (BOURG) ;
- La difficulté des chômeurs précarisés de longue durée à « tenir » un emploi sans décompensation ou accident.

L'orientation dans l'AIN de personnes fragiles ou SDF, venant de grandes agglomérations urbaines, par exemple à la sortie de centres de convalescence d'HAUTEVILLE.

IV. Budget du CSMP (année 2006)

Dispositifs	Les sources de financement	Montant en euros
Carrefour Santé Mentale Précarité (l'ensemble des actions moins la PASS et le dispositif Psychologues RMI)	Agence Régional d'Hospitalisation (ARH)	89950
Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)	DDASS	1000
Psychologues RMI	Conseil Général de l'Ain	77300
	ARH	66000
TOTAL		234250

V. Fiches récapitulatives des différents projets institutionnels reliés au CSMP par ses référents

1. Le projet « Déclic Santé » à Ferney-Voltaire

Bref historique :

Février 2002 : réflexion et organisation de l'action, information des partenaires.

Mars 2002 : mise en place de l'action auprès du public.

Octobre 2003 : validation du cahier des charges ; évaluation de l'année 1.

Février 2004 : demande de subvention

Décembre 2004 : réunion du PLI.

FIN 2004 : arrêt du dispositif, faute de financement.

Intitulé de l'action

Accompagnement individualisé vers le soin et la prévention de personnes en voie d'exclusion sur le territoire du Pays de Gex.

Contexte législatif

Ce projet entre dans le cadre du PRAPS (Loi de lutte contre les exclusions - Juillet 98) et du PDI (Loi portant création du RMI – 88).

Porteur du projet / Financeurs

Alpha 3 A / Conseil Général, Communauté de Communes, DDASS.

Bénéficiaires

Cette action d'accompagnement individualisé concerne les personnes en voie d'exclusion ou en situation d'exclusion sur le territoire de la Communauté de communes du Pays de Gex (3 cantons : Ferney-Voltaire, Gex et Collonges) ayant des problèmes de santé (manque d'hygiène, problèmes de nutrition, alcoolisation excessive, pathologies mentales) et notamment les bénéficiaires du RMI ayant un contrat validé par la CLI de St Genix-Pouilly.

Objectif général

Permettre à 50% de personnes en situation d'exclusion sociale de recouvrer, en devenant acteur de leur propre santé, l'état physique et psychologique nécessaire pour que puisse être envisagée une démarche cohérente vers une réinsertion sociale et/ou professionnelle.

Objectifs spécifiques

- accompagner individuellement les personnes vers le soin et la prévention,
- solliciter une autonomie des personnes,
- participer au partenariat local médico-social.

Moyens humains

0,70 ETP infirmier sur un poste d'agent de santé.

0,20 ETP responsable ALPHA 3 A sur poste de coordination de l'action.

Moyens matériels

Pour les personnes en difficultés :

- un lieu de rencontre au Centre de redynamisation socioprofessionnelle,
- possibilités de se rencontrer sur le lieu de vie de la personne.

Pour le partenariat :

- plaquette d'information sur l'action « déclic santé ».

Types d'accompagnement

Une démarche d'accompagnement individualisé est proposée aux personnes avec la volonté de « laisser libre », d' « être disponible », en « proximité », « attention portée sur l'envie de revenir », « peu cadrant », « créer du lien », « amener la personne à se poser les bonnes questions ».

Evaluations de l'action

L'évaluation à 12 mois est effectuée au regard :

- des apports aux bénéficiaires en terme (1) d'accès aux soins et à la prévention, (2) d'autonomisation.
- des apports aux partenaires médico-sociaux.

Partenaires

Centre hospitalier (PASS), CPAM, MSA, AAJ, CDPA, CMS, CHRS, UDAF, CCAS...

2. Le projet d'accès aux droits à Bourg-en-Bresse

Bref historique :

Avril 2004 : lancement du projet.

Octobre 2004 : réunion de présentation des différents participants.

Janvier 2005 : première rencontre usagers/intervenants sociaux.

Mars 2005 : présentation de l'action entamée par la ville sur la facilitation de l'accès aux droits des citoyens, et évaluation des modalités de participation du CSMP à cette action.

Avril 2005 : réunion de travail autour des pratiques de l'accueil : mise en évidence d'un « chemin de l'accès aux droits ».

Juin 2005 : réunion de travail permettant d'établir onze propositions visant à trouver des solutions concrètes.

Septembre 2005 : trois groupes de travail sont élaborés afin d'approfondir les modalités pratiques concernant la mise en œuvre de ces recommandations.

Juin 2006 : réunion bilan et de clôture du projet visant à envisager une suite de l'action sur le territoire de Bourg-en-Bresse.

Intitulé de l'action

Accueil et accès aux droits des populations en situation sociale précaire de la ville de Bourg en Bresse.

Constats de départ

Habitude de travail en commun pour la CAF, le Conseil Général et le CCAS de la Ville de Bourg-en-Bresse pour une coordination des aides financières.

- L'utilisateur peut effectuer lui-même sa propre demande d'aide financière.
 - Nécessité de mieux faire fonctionner les lieux d'accueil et de façon identique
- Séminaire MRIE 2001 Accès aux droits :
- La CAF, le Conseil Général et le CCAS ont vu qu'il était possible de travailler avec les usagers de façon différente : « faire avec ».

Porteur du projet / Financeurs

Conseil Général de l'Ain (DIPAS), CAF de l'Ain, Ville de Bourg en Bresse (CCAS).

Bénéficiaires

Des habitants qui connaissent des difficultés à avoir accès à leurs droits.
Des structures sociales accueillant ces personnes.
Des associations au contact des habitants.

Objectif général

Améliorer l'accès aux droits en travaillant sur l'accueil.
Faire un état des lieux partagé.
Proposer des solutions d'amélioration.

Types de démarche

Faire avec, c'est une démarche participative associant habitants et professionnels.

ANNEXES DU CHAPITRE 3

I. Cadre réglementaire de la PASS

Source : Extrait du cours proposé par le Dr HUGUES et Mlle CLERC aux internes urgentistes de l'hôpital.

- Déclaration universelle des droits de l'homme (article 25) : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté ».
- Constitution de l'OMS : « la possession du meilleur état de santé qu'il soit capable d'atteindre constitue un des droits fondamentaux de tout être humain quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique et sociale ».
- Serment d'Hippocrate : « Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent ».
- Loi de lutte contre les exclusions (Juillet 1998).
 - Art L. 711.3 : le service public hospitalier concourt « à la lutte contre l'exclusion sociale en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de lutte contre les exclusion, dans une dynamique de réseau »
 - Art. L711.4 : les établissements doivent s'assurer « qu'à l'issue de leur admission, les patients pourront poursuivre leur traitement. A cette fin, ils orientent tous les patients sortants, ne disposant pas de conditions d'existence convenable, vers des structures prenant en compte la précarité de leur situation. ».

II. Protections maladies selon le statut du séjour et le profil de public

Source : Extrait du cours proposé par le Dr HUGUES et Mlle CLERC aux internes urgentistes de l'hôpital.

	Aide Médicale Etat (AME)	Couverture Maladie Universelle (CMU)	Circulaire de prise en charge des soins urgents	Dispositif PASS
Situation régulière/irrégulière	Situation irrégulière	Situation régulière	Situation irrégulière	Situation régulière et irrégulière
Profil de publics	Etrangers en situation irrégulière s'ils peuvent justifier de 3 mois de présence ininterrompue en France.	Etrangers en situation régulière		Toutes personnes en attendant une prise en charge soit au titre de la CMU, de l'AME ou de la circulaire des soins urgents.
Catégorie de publics	- Les personnes en fin de visa. - Les demandeurs d'asile déboutés.	- Les demandeurs d'asile en cours de procédure. - Les RMIstes. - Ceux percevant des allocations familiales. - Jeunes mineurs étrangers recueillis ou placés.	- Les femmes enceintes. - Les jeunes mineurs. - Les patients présentant des pathologies infectieuses. - Tout patient nécessitant des soins urgents ¹ .	
Pièces demandées	Visas expirés, un passeport, facture d'hôtel, d'électricité, frais scolaire...	Titre de séjour, convocation préfecture, carte d'identité, justificatifs des ressources.	- Notions de soins urgents dans le dossier médical (possibilité de contrôle par le médecin de la CPAM) - Visas expirés.	Titre de séjour, convocation préfecture, carte d'identité, visas expirés...

¹ Notion de soins urgents : « soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître. Concerne également la prise en charge de certaines pathologies (SIDA, tuberculose), les IVG, les soins apportés à la femme enceinte et au nouveau-né, les examens de prévention pendant et après la grossesse et les soins apportés aux jeunes mineurs. » Extrait du cours proposé par Mme HUGUES et Mlle CLERC aux internes urgentistes de l'hôpital.

III. Passeport soins de la PASS du Centre Hospitalier « Fleyriat »

CENTRE HOSPITALIER DE BOURG EN BRESSE
Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PASSEPORT SOINS

Date de naissance

Monsieur

Madame

et leurs enfants :
.....
.....
.....
.....

Téléphone :

Personnes référentes :

Langue parlée :

Pays d'origine :

a/ont fait l'objet d'une consultation sociale par Mlle
référente PASS – Poste 4858

UF 4011 (PASS)
 SU

(recto)

PASSEPORT SOINS

Validité du au

L'étude d'une demande de CMU/AME a été faite par Mlle
) référente de la PASS poste 4858 et la Caisse Primaire
d'Assurance Maladie avec le référent CPAM du bureau des
entrées.

**Dans l'attente de cette ouverture de droits, ce
"passeport soins" vous donne accès aux soins et consultations
de l'établissement hospitalier pour une durée limitée de
deux mois.**

- Veuillez le présenter au Bureau des Consultations Externes
(rez-de-chaussée) à chaque passage pour soins dans notre
établissement.

**Après avoir obtenu l'attestation de droits ouverts
auprès de la Sécurité Sociale,**

- vous restituerez ce « passeport soins » au Bureau des
Entrées,
- l'attestation d'ouverture de droits à la Sécurité Sociale
servira de justificatifs de prise en charge administrative.

(verso)

IV. Le projet de soins infirmiers au Centre Psychothérapique de l'Ain

Source : Extrait du Projet d'Établissement n°2 du CPA, « Le projet du service de soins infirmiers », p. 92-98.

Le projet de soins infirmiers, en cohérence avec les projets médical et social, est articulé autour de la prise en charge de la personne en soins. Il a pour but de développer la qualité de l'accueil de la personne et de son entourage et la qualité des soins dispensés à la personne. Il intègre pleinement la démarche qualité en cours et les éléments issus de l'auto-évaluation réalisée en vue de la venue des experts visiteurs de l'ANAES.

Les valeurs du service de soins :

Empruntent des valeurs et des finalités de l'ORSAC, de celles inhérentes à la mission de service public hospitalier et celles liées à l'aspect professionnel que nous trouvons dans le projet de management du service de soins infirmiers du CPA, les valeurs fondamentales auxquelles réfère le projet de soins sont les suivantes :

- Le respect et la prise en compte de l'être humain, qui nous confie sa souffrance, sa maladie (ou dont la santé, la souffrance, la maladie, nous sont confiées par une tierce personne) pour que nous l'accompagnions vers un mieux être : l'homme est un ensemble de composantes : physique, psychique, affective, culturelle... qu'il s'agit de maintenir en état (prévention) ou de restaurer (cure). L'homme est un être de relation, une personne, qui dans sa trajectoire de vie, est en relation avec différentes personnes, différents groupes.
- Le respect et la prise en compte du fait que la personne, bien que souffrante, malade, est la plus capable de contribuer à la définition et à la mise en œuvre des stratégies de soins qui la concerne : la personne en soin est chaque fois et le plus tôt possible l'actrice centrale du soin qui contribuera à la maintenir en état, à soulager sa souffrance, à réduire ses difficultés, ses troubles, ses incapacités...
- Le respect et la prise en compte de la dignité de la personne.
- La reconnaissance, le développement et la prise en compte du professionnalisme infirmier et du personnel d'encadrement. Le projet de soins intègre la connaissance spécifique de l'infirmier, concernant le patient et sa situation, qui permet d'établir les liens nécessaires à la résolution de ses difficultés.
- La reconnaissance et la prise en compte de la richesse et de la complémentarité des apports interprofessionnels, des liens interservices et interstructures (en relation avec le projet médical 1998) dans l'exécution de la mission de soin.

Les textes et les documents de référence du projet de soins :

Les textes :

- Loi n°91-748 du 31 Juillet 1991 Art.8.
- Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 (Art. L 710-1-1 de la loi n°91-748 du 31 Juillet).
- La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- La charte du patient hospitalisé.
- Le SROS de psychiatrie - 1997.
- Le décret n°93-221 du 16 février 1993 (JO 18/02/1993) relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières.
- Le décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière.

Ce décret de compétence définit, entre autres :

- que « l'analyse, l'organisation, la réalisation et l'évaluation des soins infirmiers et leur dispense soit sur prescription médicale, soit dans le cadre du rôle propre de l'infirmier » sont compris dans la fonction infirmière ;
- que les actes réalisés par les infirmiers réfèrent :
 - au rôle propre de l'infirmier et au rôle de collaboration avec les aides-soignants/tes,
 - à la prescription médicale,
 - à la prescription médicale avec présence médicale,
 - à la mise en œuvre de protocoles de soins d'urgence préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable, d'actes conservatoires en attendant l'arrivée d'un médecin ;
- que les infirmiers :

- participent aux actions « de formation initiale et continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres professionnels de santé » ;
- encadrent des stagiaires en formation ;
- participent à des actions de formation, de prévention et d'éducation notamment dans le domaine des soins de santé primaire et communautaire ; contribuent et/ou conduisent des recherches dans le domaine des soins infirmiers : point important pour le dynamisme du service de soins.

Concernant la formation, la transmission des compétences acquises en psychiatrie revêt un caractère important, particulièrement depuis la refonte des programmes de formation infirmier DE et infirmier de secteur psychiatrique.

Le savoir spécifique infirmier, acquis par la formation initiale, par la formation continue et par l'expérience professionnelle, se concrétise, entre autres : dans l'approche de la personne humaine, de la personne en difficulté, souffrante, dans la clinique infirmière et dans la réalisation et l'évaluation de la démarche de soins. Ce savoir partagé avec les autres professionnels soignants se réalise pleinement, dans l'instauration d'une relation thérapeutique singulière personne soigné/infirmier, dont l'infirmier est l'artisan. L'écoute, la relation thérapeutique, l'entretien d'accueil et d'orientation, d'aide et de soutien psychologique sont les fondements des pratiques soignantes dans toutes les structures de soins du CPA.

Les documents :

- Le projet d'établissement,
- Le projet médical 2003-2007,
- Le document « projet de management du service de soins infirmiers au CPA » mars 2001,
- Les documents issus de travaux antérieurement réalisés par le service de soins infirmiers.

V. Documents de référence du service 115

		Chef de service 115	Ecoutant 115	Intervenant sur site
	Prévoir souplesse pour remplacement occasionnel-semaine-nuit-week-end		X	X
	Travail éventuel nuit et week-end + remplacement personne écoutant absent et doublon avec l'écoutant en période de pointe		X	X
	Définition et organisation des tâches selon les besoins	X		
	Répartition des tâches faisables sur poste nuit et week-end (ex : frappe compte-rendu, diffusion, photocopie, recherches internet, contact hôtel, suivi fiche)	X	X	X
Equipe 24h/24h	Préparation de son emploi du temps Etre en relation permanente avec les besoins de l'écoutant 115 Savoir prendre connaissance des situations avant et pendant le déplacement Faire au retour un compte-rendu systématique et détaillé des interventions Définition d'un temps moyen d'intervention			X
	Mise à jour quotidienne de ses horaires de travail sur tableau Excel (à communiquer au référent le 20 du mois) pour contrôle avant transmission au chef de service		X	X
Formation	Formation écoutant « FNARS »		X	X
	Formation « Femmes victimes de violences »		X	X
	Gestion du stress ou possibilité de parler avec quelqu'un		X	X
Communication Informati on	Cahier de liaison (à tenir et à lire)		X	X
	Temps de liaison lors du changement de poste		X	1
	Planning réunions équipe ou autres		X	X
	Réunion hebdomadaire - Présence OBLIGATOIRE sauf congés ou maladie	X	X	X
Informati que	Rédaction de l'ordre du jour de la réunion, prise de note et compte-rendu à faire à tour de rôle	X	X	X
	Logiciel EVA, fiches à remplir, suivi, Stats, Doublons	X	X	X
Gestion du personnel	Excel, word, internet, email	X	X	X
	Planning (prévision, mise à jour, communication et contrôle)	X		
	Lecture hebdomadaire du planning horaires + modification manuscrite sur planning affiché à communiquer au référent		X	X
	Horaires, Gestion des remplacements (communication des changements au chef de service)			
RH	Validation par la chef de service	X		
RH	Validation par le chef de service chaque fin de mois avant établissement de la paie	X		
Gestion	Gestion des dépenses de fonctionnement du 115 : hôtels, taxi, formations (repas, véhicule, déplacements)	X	X	X
Relations	Visites des structures de l'AIN et prise de contacts avec les interlocuteurs des CHRS, A3A, Hôpitaux, CMS, Mission locale, CCAS	X	Y	Y
	Participation aux réunions officielles (DDASS, CMS, CHRS...)	X	Y	Y
Logistiqu e	Diffusion aux SDF et FVV de documents papiers « informations utiles »			X
	Achat de titre de transport train/bus			X
	Distribution de « bon alimentaire »			X
	Gestion - entretien véhicule			X

Définitions des tâches du service 115 par poste de travail. (X=impératif, Y=recommandé, 1=en cas de remplacement)

VI. Fiche de liaison du Centre d'Accueil Permanent du CPA

CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'AIN



CENTRE D'ACCUEIL PERMANENT
Avenue de Marboz
01000 BOURG EN BRESSE

Tél : 04 74 52 24 24
Télécopie : 04 74 52 24 54

Bourg, le

Madame, Monsieur,

Nous avons reçu ce jour au Centre d'Accueil Permanent, M
lequel a été examiné par le Docteur

Après examen, il lui a été proposé :

-
-

Observations complémentaires :

Restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, nous
vous prions de croire en nos meilleures salutations.

Docteur

Document remis en mains propres au patient à toutes fins utiles.

ORganisation pour la Santé et l'ACcueil

VII. Documents de référence du Centre d'Accueil Permanent du CPA

Revue de neuropsychiatrie « La dépression avant 20 ans »
Revue de santé mentale sur la dépression
Guide destiné aux personnes atteintes de troubles bipolaires
Revue sur les troubles bipolaires
Revue internationale sur les troubles bipolaires
Revue « Psychoéducation des troubles bipolaires »
Revue sur les troubles bipolaires « J'ai des troubles de l'humeur »
Revue sur l'anxiété
Revue sur la schizophrénie
Roman parlant de la schizophrénie « Les anges de l'univers »
Revue de psychiatrie française sur les prédélinquants
Fiches sur les perversions et les soins psychiatriques
Revue « interpsy » (psychiatrie générale)
Livre sur les urgences psychiatriques
Revue photo « Amour de vieux et vieilles amours » (cadeau de laboratoire)
Revue « 20 photographes pour les 20 ans de reporters sans frontières » (cadeau de laboratoire)
Recueil de dessins « Atelier de Jean Wier » (cadeau de laboratoire)
Livre portant sur la dépression de la personne âgée
Guide relatif aux bonnes pratiques de contention physique
Synopsis 2005 des médicaments en psychiatrie
Plaquette de médicament (deroxat)
Fiches pratiques du droit à la santé
Revue « Nervure »
Livre « Prise en charge médico psycho sociale, Migrants/Etrangers en situation précaire »

Textes présents sur l'étagère ressource du CAP.

VIII. Extrait du courrier adressé par le médecin d' « Epidaure » au Dr DUCHEMIN

Nous n'avons pas pu avoir ce courrier. Celui-ci nous a été lu par le docteur DUCHEMIN lors de notre entretien.

« Emilio a été hospitalisé depuis le 2 juin 2006 pour la première fois au CPA, sachant que ce patient était surtout connu des services de Fleyriat pour des séjours très répétitifs au niveau des urgences dans le cadre d'alcoolisation mais aussi de recherche d'hébergement sachant qu'il n'avait plus aucune place dans quelconque foyer sur Bourg en Bresse suite à l'arrêt de la halte de nuit de Tremplin. Nous avons très rapidement pris conscience que ce patient mettait très souvent en échec les différents projets effectués pour lui, dans un mécanisme relativement projectif alors qu'il était pris en charge dans le cadre de son RMI par Tremplin, de manière relativement agressive, tantôt au niveau de la halte de nuit que de la halte de jour mais aussi au centre d'alcoologie où il était bien connu par le directeur. Par ailleurs, les services sociaux de Fleyriat s'étaient mobilisés de manière massive à son propos afin de tenter de trouver des solutions au niveau social. Divorcé depuis de nombreuses années, il a mis à distance ses trois filles, et se trouve dans une situation répétitive d'échec, tant au niveau social qu'au niveau des rechutes éthyliques, malgré les aides qu'il a pu avoir au niveau médical. Le tableau présenté à son arrivée nous paraissait relativement inquiétant, notamment au niveau biologique, mais il a pu très rapidement récupérer de manière satisfaisante nous faisant éliminer une problématique encéphalopathique. Il demeure dans une très bonne adaptation institutionnelle sans aucune conflictualité, et dans un registre que n'ont pas connu les différents services d'urgence de Fleyriat ni même la halte de nuit, de part l'abstinence totale depuis plus d'un mois. Il n'y a aucune recherche d'alcool à partir de notre service et plutôt un bon contact avec l'ensemble des autres patients, ainsi qu'avec les soignants. Ce qui nous laisse penser la reconstruction d'un projet plus cohérent que les autres tentatives faites, même si nous avons tenu compte de tous les efforts effectués par les partenaires sociaux depuis de nombreux mois, voire quelques années, au niveau de Bourg et d'Oyonnax. A ce jour, le projet s'oriente sur la nécessité de reprendre les contacts avec le centre d'alcoologie par l'intermédiaire du directeur pour qu'il puisse faire à nouveau le bilan de ce patient mais aussi surtout mettre en place une mesure de protection des biens, et le faire sortir du système RMI en demandant la mise en place d'une AAH. Un projet social est en train de se structurer, probablement sur Bellegarde avec l'aide de partenaires sociaux dans la possibilité d'orientation. Demande faite auprès de la résidence sociale des Lilas Fleuries, structure qui dépend d'Alpha 3 A, pour lequel il avait été attendu à une période pour une éventuelle admission mais n'avait pas pu s'y rendre étant dans un statut de SDF et ne pouvant honorer les RDV préalables. Le fait d'avoir pensé à ta structure est lié à sa très bonne adaptation à la vie communautaire qu'il a pu montrer sur le service, grande facilité de liaison avec les autres patients, mais aussi dans les temps occupationnels bien maigres que nous pouvons avoir. Il me semble important de continuer à travailler ce côté cognitif chez ce patient, qui n'est pas très déficitaire, malgré notre inquiétude préalable, ce qui pourrait être un gage d'orientation ultérieure sur la structure de Bellegarde.

Nous sommes, bien entendu, comme tu le sais, en grande difficulté pour maintenir sa place dans l'unité mais nous tenterons de le réhospitaliser s'il y a des soucis, et nous continuons le travail social à la sortie de ton unité, avec les partenaires sociaux de Fleyriat et l'intervention du directeur du centre d'alcoologie. Un élément favorable par ailleurs, le fait que sa famille et notamment certaines de ses filles ont rétabli des liens plus cohérents. Notre assistante sociale nous indique que les délais d'attente dans votre établissement sont probablement très éloignés, pas avant début septembre. Il me paraît néanmoins souhaitable d'insister sur la nécessité de donner une chance à ce patient pour lequel un travail pluri-partenarial s'est effectivement mis en place au regard des difficultés posées. »

ANNEXES DU CHAPITRE 6

I. Annexes de la monographie du projet « SPEL Publics en difficultés » de Belley

Tableau récapitulatif des présences/absences aux différentes réunions du projet

Date de la réunion	Nom des personnes présentes aux réunions (X=présence, vide=absence)															
	Membres du Comité de Pilotage						Membres du Comité Technique									
	Me BONPAYS	Me LECHA TEAU	Me GOND	Mr PIERRE	Me MASSON	Me DEFER	Me LECHEF	Me CARRE	Me MARIN	Mr PEGON	Me AUBIN	Me VITAL	Me BELLECOU R	Me PARTSON	Me RELAIS	Me LAJOIE
12 avril 2006 (Comité de pilotage)	X	X	X	X	X			X	X	X				X	X	X
29 juin 2006 (Comité de pilotage)	X	X			X				X	X				X	X	X
12 Octobre 2006 (Comité de pilotage)		X				X		X	X	X	X		X	X	X	
25 juillet 2006 (Comité technique)									X	X				X	X	
22 septembre 2006 (Réunion technique)									X	X	X	X	X	X	X	
25 septembre (Comité technique)									X	X				X	X	
8 novembre 2006 (Comité technique)									X	X	X				X	X
12 Décembre 2006 (Comité technique)									X	X	X				X	X

Tableau récapitulatif des diagnostics concernant les besoins des populations et des institutions en fonction de la personne formulant le rappel de l'existant et de l'institution ayant réalisé le diagnostic

Source : Extrait des comptes-rendus des comités de pilotage des 12 avril et 29 juin 2006.

Personne faisant le rappel de l'existant	Institution ayant formulé le diagnostic (nom et date de réalisation du diagnostic)	Contenu du diagnostic
Mme RELAIS Directrice de la Circonscription d'Action Sociale - Belley	Espace Régional de Santé Publique pour le PABAT ¹ (« diagnostic local de santé sur le territoire du Bugey », 2004)	Mise en place de lieux d'information et de prévention (Point santé jeunes ? Lieux d'écoute ? Permanences spécifiques ? Accueil de jour ² ?). Offre d'accompagnement auprès des publics en insertion. Offre en matière d'accompagnement psychologique et social. Développer des actions spécifiques d'éducation pour la santé sur les questions de prévention, du recours aux soins, du suivi et du dépistage ; des actions ciblées sur la santé mentale (mal-être, isolement) auprès des jeunes et des publics en insertion, etc. Développer la coordination des différents services et la concertation notamment au niveau de la santé mentale (mise en place d'accompagnement de soutien psychologique, lieu d'écoute, d'orientation).
Mme RELAIS	La communauté des Communes (« CDPRA ³ Pays du Bugey », 2005)	Pas d'action santé à ce jour. Priorités : Mobilité pour les personnes âgées et les personnes handicapées. Le pays préconise le droit à l'expérimentation. Dans le cadre de la fiche service, il est prévu « soutien à des solutions expérimentales. » Il n'est pas exclu qu'il s'intéresse à la santé.
Mmes LECHATEAU et MASSON DDASS Insertion sociale	DDASS (« Projet du SDOSS ⁴ de l'Ain », Projet du SDAHI ⁵ de l'Ain)	Réactiver la mise en place d'un lieu d'écoute et d'échanges pour un public jeune 16-25 ans. Envisager un travail en réseau autour des problématiques psychiques. Etudier la mise en place d'un service d'accueil et d'orientation et d'un accueil de jour pour tout public.
Mmes PARTSON CIP référente du CSMP et CARRE DDASS Prévention santé	CPA (Bilan des actions menées par le CSMP depuis sa création)	La volonté du CSMP est d'aller vers le public par le biais des équipes mobiles santé mentale précarité, d'aller vers la précarité pour amener aux soins. Actuellement, avec les moyens qu'il a, le CMP ⁶ ne peut pas répondre à toutes les demandes et dans un délai court.
Mme RELAIS	Pélican	Mise en place d'un réseau sur Belley autour de la problématique drogue-toxicomanie. Vu les besoins, cette présence n'est pas suffisante mais n'a pas pour vocation d'augmenter sa présence sur le terrain -> trouver une solution locale. Mme Vallin, représentante du Pélican sur Belley, est en train de mettre en place un réseau autour de cette problématique.
Mme DEFER Mission Locale Jeunes	Mission locale - Ambérieu/Belley	A un champ de compétences en matière de santé mais n'a aucune assurance de financement dans ce domaine.

¹ PABAT : Pays d'Accueil du Bugey Avenir & Traditions, « Association loi 1901 créée en 1992 à l'initiative des Structures Intercommunales, le PABAT est né de la volonté d'une part de définir un espace pertinent par rapport aux enjeux et aux projets de développement local lorsqu'ils dépassent le cadre de l'intercommunalité de proximité et, d'autre part d'affirmer l'identité du Bugey. » Extrait du site internet de l'association, <http://www.bugey.com>.

² « L'accueil de jour est « un espace permettant d'accueillir en accès libre, pendant les heures d'ouverture, toute personne qui le souhaite : c'est également un lieu où certaines prestations ou certains services peuvent être mis à la disposition des personnes, [...] peut être un lieu fortement professionnalisé permettant d'initier les premières démarches d'insertion. » » Extrait du compte-rendu du comité de pilotage du 12 avril 2006.

³ CDPRA : Contrat de Développement de Pays Rhône-Alpes.

⁴ SDOSS : Schéma Départemental d'Organisation Sanitaire et Sociale.

⁵ SDAHI : Schéma Départemental Accueil, Hébergement, Insertion.

⁶ CMP : Centre Médico-Psychologique.

Tableau récapitulatif des ressources existantes et des informations délivrées

Source : Extrait des comptes-rendus des comités de pilotage des 12 avril et 29 juin 2006.

Nom du programme, du projet ou de l'institution ressource	Informations délivrées				
	Concernant le public	Concernant le territoire	Concernant le cadre d'action	Concernant la personne ressource	Concernant les possibilités de financement
Programme Santé Publique et Programme Régional de Santé Publique (PRSP)	Publics précaires (équipes mobiles...) et préconise mise en commun des moyens.	En mai 2005, le PRSP a retenu le Pays du Bugey comme priorité territoriale.	Concevoir et piloter la politique de santé publique et promouvoir l'éducation pour la santé. Réduire les inégalités de santé en réduisant les inégalités d'accès à la prévention.	Mme LECHEF Mme CARRE	
Programme Contrat Plan Etat Région (CPER)	A destination des jeunes	Partenariat local et fonctionnement en réseau	Actions « santé »		
Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)	Public jeune	Programmation locale	Axes nutrition et santé mentale	Madame CARRE est coordinatrice de ce programme à la DDASS de l'Ain.	Ce programme est aujourd'hui terminé, le PRSP l'a remplacé.
Projet DIESE	Tout public en difficulté		Projet de plate forme DIESE (Dialoguer, Informer, Entreprendre, Santé, Equilibre). Lieu d'accueil qui aborde l'axe santé et la dimension sociale.		Projet (2003-2004) qui ne verra pas le jour faute de financement.
Programme Départemental d'Insertion et Programme Local d'Insertion	En cours d'élaboration	En cours d'élaboration	En cours d'élaboration	En cours d'élaboration	En cours d'élaboration
Projet de service DIPAS et de la Circonscription	En cours d'élaboration	En cours d'élaboration	En cours d'élaboration	En cours d'élaboration	En cours d'élaboration
Projet Accueil de Jour				Mesdames MASSON et LECHATEAU	
Tableau de bord « Santé Publique Prévention »		Cantons	- Apporter aux acteurs et décideurs locaux des indicateurs locaux de santé actualisés leur permettant de suivre et d'adapter leurs actions et politiques de santé. - Renforcer l'analyse collective des principaux indicateurs départementaux. - Améliorer la qualité de l'information produite à l'échelle du département.	Demandé par le préfet à l'ORS, il devrait être édité courant 2007. Il fera apparaître les cantons prioritaires en matière de prévention.	
ADESSA			Centre ressource départemental - former bénévoles et professionnels - apporter un soutien technique, un appui méthodologique aux porteurs de projet sur sollicitation de la DDASS.	Mme CARRE passe commande à l'ADESSA pour une intervention sur le secteur.	
DRASS	Milieu scolaire, pénitentiaire et personnes âgées.		Repérage de la souffrance psychique		

CPAM, MSA, Contrat Plan Etat Région (jeunes), Fonds Européens, Fondation de France, DDASS (Politique Prévention Santé), Politique d'Inclusion Sociale (SAO1, CHRS)					Financiers potentiels du projet. Politique de financement annuel donc non pérennisé et sur des thématiques précises public par public.
---	--	--	--	--	---

Tableau récapitulatif du nom des acteurs du projet et de leur institution de rattachement en fonction de leur appartenance au CP ou au CT

Membres du Comité de Pilotage		Membres du Comité Technique	
Nom	Nom de l'institution de rattachement (fonction)	Nom	Nom de l'institution de rattachement (fonction)
Me BONPAYS Me LECHATEAU	Pays du Bugey (Coordinatrice) DDASS Pôle Cohésion Sociale (Service Logement, Hébergement et Droit des personnes)		
Me GOND	Mission Locale Jeunes (Conseillère)	Me MARIN	DDTE (Coordinatrice Emploi- Formation)
Mr PIERRE Me MASSON	Pays du Bugey DDASS Pôle Cohésion Sociale (responsable service cohésion sociale)	Mr PEGON	UnivL2/CSMP (Doctorant sociologie)
Me DEFER	Mission Locale Jeunes - Ambérieu/Belley (Directrice)	Me AUBIN Me VITAL	ADESSA (Chargée de projet) Mission locale Jeunes Belley (Conseillère)
Me LECHEF	DDASS Pôle Protection sanitaire des populations (Responsable service Profession de santé et actions de santé publique)	Me BELLECOUR	Mission Locale Jeunes Ambérieu/Belley (Chargée de mission)
Me CARRE	DDASS Pôle Protection sanitaire des populations (Service Profession de santé et actions de santé publique, Coordinatrice PRAPS)	Me PARTSON Me RELAIS	CMP Belley (CIP-Référent CSMP) Circonscription d' Action Sociale - Belley (Responsable)
		Me LAJOIE	ANPE (Directrice)

¹ SAO : Service d'Accueil et d'Orientation. « A la fois service d'orientation et service d'accueil, le SAO est un outil essentiel de la veille sociale sur un territoire. Conçu à l'origine comme une structure, le SAO est aujourd'hui davantage une « mission » qui peut être assurée par diverses structures du réseau d'Accueil, Hébergement et Insertion. Le SAO est défini comme « un guichet (accueil physique) où sont initialisés des parcours individualisés, quelle que soit l'approche initiale ayant amené la personne. » » Extrait du compte-rendu du comité de pilotage du 12 avril 2006.

« Liste des personnes invitées à la réunion du 22 septembre 2006 »

<p>Conseillère ANPE Assistantes sociales DIPAS Assistantes sociales MSA Assistantes sociales C.P.A.M Assistantes sociales Hôpital Sauvegarde de l'Enfance (tutelles) Cap Emploi Centre Médico-Psychologique Foyer Clos Dubost Maison Saint Anthelme Centre Social Structure d'insertion</p>
--

Liste des personnes présentes à la réunion technique du 22 septembre 2006 et nom de leur institution de rattachement.

Nom des personnes	Nom de l'institution de rattachement (Fonction)
Mr B	Association DIAPASON(Stagiaire)
Mr C	Centre social Alpha 3 A(Directeur)
Mme D	Association DIAPASON(Directrice)
Mme D	DIPAS Belley (Assistant socioéducatif)
Mme MARIN	Direction Départementale du Travail et de l'Emploi (Coordinatrice Emploi-Formation)
Mme G	Centre hospitalier de Belley (Assistante sociale)
Mme G	DIPAS Secteur Valvoney (Assistante sociale)
Mme J	DIPAS (Assistante sociale)
Mme L	DIPAS (Assistante sociale)
Mme M	DIPAS (Assistante sociale)
Mr PEGON	UnivL2/CSMP (Doctorant sociologie)
Mme AUBIN	ADESSA (Chargée de projet)
Mme P	Centre social Alpha 3 A(Assistante sociale)
Mme R	DIPAS service social (Assistante sociale)
Mme VITAL	Mission locale Belley(Conseillère)
Mme R	ANPE(Conseillère)
Mme R	DIPAS (Assistante sociale)
Mme BELLECOUR	Mission Locale Jeunes Ambérieu/Belley (Chargée de projet)
Mr S	DDTE-EF - Bourg-en-Bresse (Stagiaire)
Mme PARTSON	CMP/CPA - Belley (Cadre de Santé)
Mr TABARY	CSMP (Médecin - Responsable)
Mr T	Alpha 3A - Ambérieu (Directeur Agence territoire du Bugey)
Mme RELAIS	Circonscription d'Action Sociale de Belley (Responsable)
Mme V	MSA (Assistante sociale)

Synthèse des éléments recueillis lors de la réunion technique du 22 septembre 2006.

Source : Extrait de compte-rendu de réunion du 25 septembre 2006.

Publics	Problématiques				Solutions
	Problématiques communes	Problématiques du public	Problématiques institutionnelles	Problématiques des professionnels	
<ul style="list-style-type: none"> - Personnes isolées - Jeunes - Personnes hors dispositif RMI 	<ul style="list-style-type: none"> - Rupture de lien entre les professionnels et les institutions. - Rupture de lien entre les professionnels entre eux. - Rupture des liens du public (social, familial, culturel...). 	<p>=> les problématiques sont liées à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'hygiène de vie : alimentation, sommeil, soins somatiques... - l'éducation : savoir être, gestion au quotidien... - la santé mentale : psychologiques et psychiatriques (souffrance psychique, déni, conduites addictives, troubles du comportement...) - les conditions sociales (isolement familial, social, rupture de liens...). 	<p>=> les problématiques sont liées à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'accès aux soins : inadaptation des structures au public concerné (multiplicité, éloignement, technique de communication), exclusion dans la prise en charge par les professionnels de la santé (CMU...), contraintes économiques et de pérennité (CAT, structures adaptées...). - la coordination entre les institutions en matière de prise en charge de soins. 	<p>Difficultés des professionnels à aborder, faire accepter et accompagner les publics vers des structures de soins (dépendance, problèmes psy...).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lieux d'écoute. - « Aller vers les publics ». - Permanences dans les structures existantes. - « Foyer occupationnel ».

Communiqué de presse de la préfecture de la région Rhône-Alpes et du département du Rhône concernant le GRSP et le PRSP



PREFECTURE DE LA REGION RHÔNE-ALPES ET DU DEPARTEMENT DU RHÔNE

CABINET DU PREFET
Communication Presse

Lyon, le 14 décembre 2006

COMMUNIQUE DE PRESSE

Santé publique : la prévention prend date

Le 14 décembre 2006, le Préfet de région a installé le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) qu'il préside. La direction du groupement est confiée à Pierre Alégoët, directeur régional des affaires sanitaires et sociales.

Cette instance est désormais chargée de la mise en œuvre de la politique régionale de santé publique. Elle disposera pour cela, dès début 2007, d'un budget prévisionnel d'environ 16 millions d'euros, alimenté par l'Etat et l'assurance maladie.

A ce montant, vont s'ajouter environ 3,5 millions d'euros de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation sur les 18 qu'elle affecte à la santé publique. Le Conseil Régional a aussi l'intention de consacrer chaque année entre 1,9 et 2,5 millions d'euros à des actions ciblées de santé publique.

Au final, le budget dédié à la prévention de la santé sera supérieur aux 19 millions d'euros dont l'Etat et l'Assurance Maladie ont disposé en 2006 pour financer :

- les actions de prévention portées par des acteurs spécialisés et touchant directement ou indirectement les citoyens (SIDA et hépatites ; accès aux soins et à la prévention des publics en situation de précarité ; prévention de l'alcoolisme ; prévention du suicide et de la souffrance psychique) ;
- le dépistage organisé des cancers du sein et du colon ;
- la vaccination des populations et la prévention des maladies telle la tuberculose, les infections sexuellement transmissibles, la lèpre.

L'action du groupement régional de santé publique va s'appuyer sur les trois orientations du plan régional de santé publique, arrêté le 1^{er} septembre 2006 par le Préfet de région :

- réduction des inégalités de santé, qu'elles soient territoriales ou sociales ;
- réduction des facteurs de risque majeur de mortalité ;
- amélioration de la prise en charge et de la qualité de vie des personnes fragilisées.

Les services déconcentrés de l'Etat et l'Assurance Maladie constituent l'armature du groupement dont est également membre l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Le Conseil Régional a volontairement adhéré au groupement. D'autres collectivités territoriales souhaitent s'engager dans cette voie : le conseil général de l'Isère, les villes de Grenoble et de St - Etienne. Ainsi, une plus grande cohérence dans les financements des actions de santé publique va s'instaurer.

Le Groupement Régional de Santé Publique est le correspondant de la Conférence Régionale de Santé, laquelle contribue notamment à l'évaluation des programmes pluriannuels du plan régional de santé publique.

Informations complémentaires - contact presse
Aurélié Bellemin, 04 72 61 65 27
Évelyne Violet - Guenon, chargée de communication DRASS
Tél : 04 72 34 31 57 / evelyne.violet-guenon@sante.gouv.fr
Nathalie Leuridan, directrice - adjointe DRASS, 04 72 34 41 91

Préfecture du Rhône – 106 rue Pierre Corneille – 69419 Lyon cedex 03
Standard : 04.72.61.60.60 – Télécopie : 04.78.60.49.33 - <http://www.rhone.pref.gouv.fr>

Présentation de l'ADESSA

Source : Extrait du site de présentation de l'ADESSA, <http://ades01.org/>.

Nos actions de prévention

Conformément à ses missions, l'ADESSA développe, au sein du département de l'Ain, des actions éducatives dans le cadre de programmes prioritaires et contribue à la formation initiale et continue.

Les actions de formation :

Elles concernent les professionnels ou bénévoles des champs sanitaire, social et éducatif.

En 2005, 3 programmes de formation ont été mis en place, ainsi qu'un forum :

- " Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile "
- " Conduite de Projets en Education pour la santé : du concept à la mise en œuvre "
- « Prévention de l'aggravation de la perte d'autonomie dans le cadre de l'accueil familial des personnes âgées et/ou handicapées »
- Forum "Promotion des nouveaux outils en Education Pour la Santé "

Les actions de prévention :

Elles sont réalisées selon une approche globale en Education Pour la Santé auprès d'enfants, d'adolescents, d'adultes, de professionnels.

Ces actions concernent les thèmes suivants :

Addictions

Conduites addictives et sécurité routière

Conduites à risque

"Ain Santé Jeunes. Dispositif de sensibilisation, d'information et d'accompagnement des jeunes en MFR concernant les comportements à risques "

Hépatites B et C

" Information et sensibilisation au dépistage de l'hépatite C "

Hygiène bucco-dentaire

" Un petit trou pour de gros dégâts. Projets d'éducation bucco-dentaire "

Nutrition

" Projet d'éducation nutritionnelle dans la population de l'Ain "

"Education nutritionnelle et activité physique en Maisons Familiales Rurales"

Santé mentale

« Programme santé mentale du lycée Paul Painlevé d'Oyonnax »

Tabac

"Ain non fumeur. Projets de prévention du tabagisme "

Les études-actions

« Etude action auprès des missions locales du département de l'Ain afin de déterminer les besoins spécifiques de leur public pour une meilleure efficacité des actions de santé à venir ».

« Etude action : pour une construction d'une dynamique partenariale dans le secteur de Pont de Veyle ».

« Expérimentation d'un cycle de conférence dans des réseaux de convivialité ».

« Etude action autour du réseau des acteurs de l'éducation à la sexualité ».

Les actions de conseil méthodologique :

« Accompagnement méthodologique du collège de Villars les Dombes dans la mise en œuvre d'une action santé et nutrition auprès des élèves ».

« Accompagnement méthodologique des Maisons Familiales Rurales ».



Association Départementale d'Éducation Sanitaire et Sociale de l'Ain

Organigramme

ACCUEIL



Qui sommes-nous
Nos missions
Organigramme
Valeurs et Éthique

CONSEIL D'ADMINISTRATION

21 membres : 10 membres de droit, 7 membres actifs
2 membres consultatifs, 2 conseillers techniques

Président : Monsieur Jean-Claude DEGOUT



BUREAU
6 membres

DIRECTRICE

Chargée de projets
Melle Juliette FOVET
Contacter par mail



SECRETARE

Mme Evelynne MERCIER
Contacter par mail

ADJOINTE DE DIRECTION

Chargée de projets
Melle Charlotte PERON
Contacter par mail

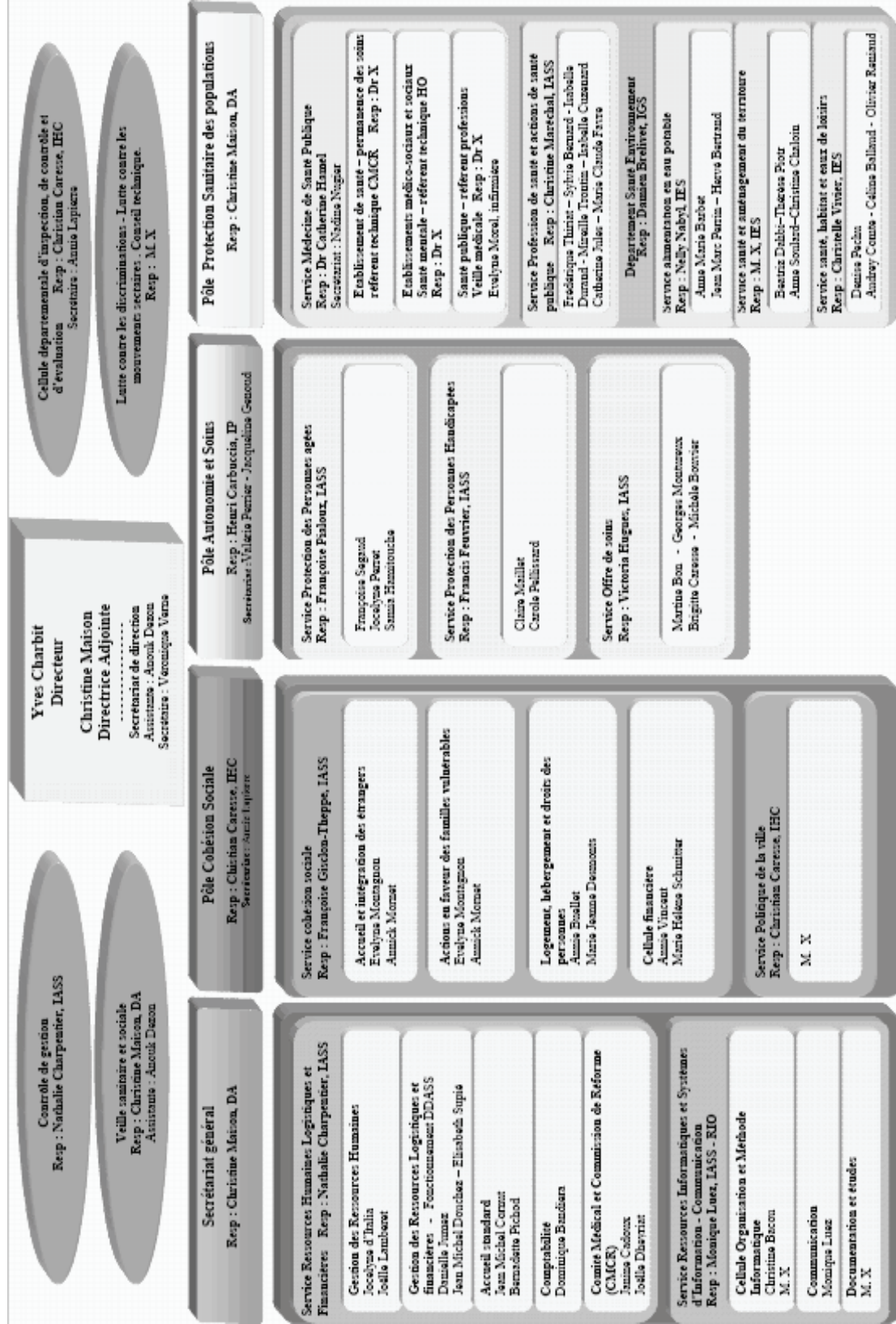
DOCUMENTALISTE

Chargée de projets
Melle Sandra CORSIN
Contacter par mail

CHARGÉE DE PROJETS

Conseiller en méthodologie
Mme Magali BERGER-BY
Contacter par mail

Organigramme de la DDASS de l'Ain (2008).



Proposition de cadre logique envoyée par Mme AUBIN au CT le 1 décembre 2006.

BUT	OBJECTIF GENERAL	OBJECTIFS SPECIFIQUES	OBJECTIFS OPERATIONNELS
<p>- Écoute sur l'aspect psychologique.</p> <p>- Éviter l'isolement.</p> <p>-Avoir un accompagnement (accompagnement global que cible le besoin individuel).</p> <p>- Accès aux soins et prévention.</p> <p>- Trouver du lien social.</p> <p>- Être occupé</p> <p>Ce projet est global, il regroupe à la fois l'aspect social et l'aspect santé publique.</p>	<p>Faciliter l'insertion socioprofessionnelle par une démarche d'accompagnement adaptée aux besoins du public.</p>	<p>1- Favoriser l'écoute individuelle des personnes en situation d'insertion ou d'emplois précaires</p> <p>2- Créer du lien social dans un lieu repéré sur le territoire</p> <p>3- Favoriser l'accès aux droits, aux soins et à la prévention</p>	<p>1.1 organisation de permanences d'écoute sur Belley et une délocalisé sur le territoire (Seysssel).</p> <p>2.1 accueil du public dans un lieu (?) autour d'un moment convivial favorisant l'échange.</p> <p>2.2 organisation d'activités collectives sous forme d'atelier en fonction des demandes du public. (activités sportives, activités manuelles, atelier cuisine...)</p> <p>2.3 création d'un groupe de paroles.</p> <p>3.1 mise à disposition de plaquettes et brochures concernant la santé dans le lieu « repère »</p> <p>3.2 organisation de séances de sensibilisation et d'information sur l'accès aux droits</p> <p>3.3 organisation de séances de sensibilisation sur des thématiques de santé publique repérées comme prioritaires (nutrition, alcool, sexualité, sommeil...)</p> <p>3.4 création d'une plaquette regroupant les lieux ressources d'information du territoire</p>

II. Annexes de la monographie de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles

Thèmes, références et méthodologies des groupes projets EPP

Source : D'après le document donné aux chefs de projet des équipes EPP du CPA le 14 avril 2006.

Les thèmes des groupes projets EPP	Numéro de référence du manuel V2 et l'approche méthodologique choisie par le groupe
N°1 « La pertinence des hospitalisations de très courte durée »	Référence 44 a / Approche par revue de pertinence
N°2 « La pertinence des indications de mise en chambre d'isolement »	Référence 44 b / Approche par revue de pertinence
N°3 « La pertinence des associations médicamenteuses lors de la prescription de neuroleptiques et d'antipsychotiques »	Référence 44 c / Approche par revue de pertinence
N°4 « La pertinence de la prescription d'un bilan pré thérapeutique avant l'instauration d'un traitement antipsychotique »	Référence 44 d / Approche par revue de pertinence
N°5 « La pertinence des pratiques de contention physique »	Référence 45 a / Approche par analyse de processus
N°6 « Les chutes chez les personnes âgées »	Référence 45 b / Approche par analyse des causes
N°7 « La prise en charge du jeune suicidant »	Référence 45 1 / Approche par revue de morbidité
N°8 « La pratique professionnelle autour de la sortie d'hospitalisation du patient »	Référence 46 2 / Approche par analyse de processus
N°9 « La prise en charge des patients en situation de précarité »	Référence 46.3/ Approche par analyse de processus

Le questionnaire EPP du CSMP

« L'objectif de ce questionnaire est de mesurer l'impact que peut avoir le CSMP sur les pratiques professionnelles dans les secteurs et intersecteurs intra et extrahospitalier à travers la charte d'accueil des personnes exposées à la précarité et à l'exclusion. »

Connaissez-vous cette charte (Charte en annexe) ?		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Avez-vous assisté à la présentation de la charte		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Connaissez-vous la procédure PASS ?		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
L'avez-vous déjà utilisée ?		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Connaissez-vous les lieux d'accueil et d'hébergement de votre secteur ?		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Pensez-vous que votre service a signé une ou des conventions avec une ou des structures sociales ?		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Savez-vous qui est le référent du CSMP dans votre secteur ?		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Existe-il un accueil d'urgence dans votre service ?		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Sous quelle forme ?	Accueil téléphonique <input type="checkbox"/> Entretien infirmier <input type="checkbox"/> Entretien méd <input type="checkbox"/> Entretien psy <input type="checkbox"/> Entretien social <input type="checkbox"/>	
Acceptez-vous les demandes de soin formulées par un tiers ?		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà partagé des informations cliniques avec l'encadrement social d'un patient ?		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui où ?	Réunion <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Rencontre informelle <input type="checkbox"/>	
La présentation de cette charte vous a-t-elle éclairé sur la connaissance clinique de la précarité de l'exclusion sociale (non-demande, auto exclusion, objets sociaux...)		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
A-t-elle modifié vos pratiques ?		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Quelle forme de transmission utilisez-vous lors d'un passage de relais dans un autre secteur ?		
	Téléphone <input type="checkbox"/> Accompagnement physique Individuel <input type="checkbox"/> Transmission sur Axya <input type="checkbox"/> Courrier <input type="checkbox"/> Fiche de liaison <input type="checkbox"/>	
Avez-vous déjà participé aux rencontres du CSMP organisées 1 vendredi par mois ?		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si non, pourquoi ?	Manque de personnel <input type="checkbox"/> Eloignement <input type="checkbox"/>	
Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans la prise en charge des personnes en situation de précarité ?		

Définition des termes de références des cadres infirmiers

Source : Extrait du Projet d'Établissement n°2 du CPA, « Le projet du service de soins infirmiers », p. 93.

Les CIS (Cadres Infirmiers Supérieurs) :

- participent à l'élaboration du projet de soins de l'établissement et le déclinent dans leur secteur/dispositif,
- participent à l'élaboration des objectifs de leur secteur/dispositif spécialisé, déclinés conformément aux orientations de politique de santé mentale et du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Social (SROSS) et du Projet d'Établissement,
- participent à l'élaboration et/ou la réalisation et l'évaluation de projets institutionnels transversaux,
- contribuent au management des personnels, au développement de la formation, à la gestion des compétences.

Les CIP (Cadres Infirmiers de Proximité) :

- contribuent à l'élaboration et déclinent le projet de soins de l'établissement dans l'unité fonctionnelle dont ils ont la responsabilité,
- contribuent et mettent en œuvre le projet de soins de l'unité fonctionnelle dans le respect des différentes composantes du Projet d'Établissement,
- sont responsables de la gestion d'une unité fonctionnelle et organisent la prise en charge globale du patient pour apporter des réponses adaptées à ses besoins de santé,
- ont un rôle dans l'encadrement, l'animation des personnels de l'unité fonctionnelle ainsi que dans la formation, la coordination et la recherche,
- ont un rôle de modérateur et de régulateur des relations dans l'équipe soignante,
- participent à l'élaboration et/ou la réalisation et l'évaluation de projets institutionnels transversaux.

Le personnel d'encadrement infirmier accorde, en psychiatrie, une attention particulière à la dynamique des équipes en lien avec la souffrance des malades.