

**Ville de Bourgoin-Jallieu
(Isère)**

Service Communal d'Hygiène et de Santé de Bourgoin-Jallieu

**DIAGNOSTIC PARTAGE SUR LE MAL-ÊTRE
ET LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE**

RAPPORT FINAL

**RESEAU ET POLITIQUE DE SANTE MENTALE :
MUTUALISATION ET SPECIFICITES
DES COMPETENCES**



Jean Furtos, Jean-Baptiste Pommier, Valérie Colin

Octobre 2002

Nous remercions tous les professionnels, bénévoles et leurs institutions respectives qui ont participé activement à ce diagnostic partagé par écrit, dans le cadre des entretiens et au cours des ateliers de travail.

Les lieux de l'étude-action sont les suivants :

ADF 38 travailleuses Familiales, Agents locaux de médiation, ANIPS, ANPE, ARS service d'aide aux victimes, ARS hébergement, ADATE, Association Palettes, Bourgoin Jallieu Animation, CCAS, CLI, CMPA, CMPE, CRAM, Centre d'Action Educative, Centre Hospitalier Oudot, Centre psychothérapique du Vion, Commissariat de police, CONTACT, DISS CIRCO, Dynajob, les élus locaux, EMMAUS, L'ETAPE, Foyer de l'oiseau bleu, Foyer 44, Foyer Marhaba, Tribunal: Procureur, comité de probation, Lycée polyvalent de l'Oiselet, Lycée professionnel Aubry, Lycée professionnel Gambetta, Mairie de Bourgoin-Jallieu, Mission locale, OSEZ, OPAC 38, Pluralis, Point Ressources Santé, Secours catholique, Service communal d'Hygiène et de Santé, Service Pénitentiaire d'Insertion Professionnelle, SITONI, UMIJ Bourgoin, UMIJ Isle d'Abeau, une psychologue en libéral.

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION | 4 |
| Première partie : Etat des lieux | 7 |
| La souffrance psychique instituée comme un problème collectif dans la pratique des acteurs de terrain à Bourgoin-Jallieu | 7 |
| 1. BOURGOIN-JALLIEU, UN TERRITOIRE SPECIFIQUE | 8 |
| 1.1. Définition, spécificités géographiques et fondements historiques..... | 8 |
| 1.2. Les acteurs locaux..... | 12 |
| 1.3. Manques et besoins des acteurs | 14 |
| 1.4. La souffrance psychique : un questionnement local pris dans un questionnement sociologique | 16 |
| 2. REPRESENTATIONS DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE CHEZ LES ACTEURS DE TERRAIN | 19 |
| 2.1. Manifestations, perceptions de la souffrance psychique..... | 19 |
| 2.2. La clinique des signes | 23 |
| 2.3. Les repères à l'œuvre pour qualifier les manifestations de la souffrance psychique..... | 24 |
| Deuxième partie : Modélisation et propositions | 36 |
| L'indétermination professionnelle et la relation intenable | 36 |
| 1. LES PRATIQUES DE SANTE MENTALE A L'EPREUVE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE | 37 |
| 2. DESCRIPTION DES ZONES..... | 40 |
| 2.1. La zone d'indétermination : la relation intenable | 40 |
| 2.2. Vous avez dit « souffrance psychique » ?..... | 43 |
| 2.3. Souffrance psychique et zone d'indétermination professionnelle | 44 |
| 3. DES PRINCIPES D'ACTION ET DES PROPOSITIONS POUR DES PRATIQUES EN SANTE MENTALE..... | 46 |
| 3.1. Les principes de la pratique en santé mentale : se donner les conditions pour un réseau de santé mentale..... | 46 |
| 3.2. Propositions | 47 |
| PROPOSITION 1 : MISE EN PLACE D'UN CONSEIL LOCAL DE SANTE MENTALE..... | 48 |
| PROPOSITION 2 : UNE EXPERTISE COLLECTIVE..... | 50 |
| PROPOSITION 3 : L'EXPERTISE SPECIALISEE | 52 |
| CONCLUSION : Création d'une dynamique locale, un processus en marche | 53 |
| Bibliographie de référence | 54 |
| Glossaire | 55 |
| Annexes | 57 |

INTRODUCTION

Ce document constitue le rapport final remis par l'ORSPERE au comité de pilotage du " *Diagnostic partagé sur la souffrance psychique et le mal-être* ". Il clôture la phase d'étude-action menée sur la commune de Bourgoin-Jallieu de janvier à septembre 2002, à la demande de la Ville - représentée par le Service Communal d'Hygiène et de Santé (SCHS) - et ses partenaires sanitaires et sociaux. Cette étude-action a porté sur la thématique générique de la *souffrance psychique*, en y incluant la notion de *mal-être*. L'ORSPERE remettant, à l'issue de son analyse, des propositions d'actions, cette première phase est à considérer comme une étape nécessaire et préalable à une reprise pouvant mener les acteurs¹ berjalliens à l'élaboration et à la mise en œuvre de ces propositions, si tel est leur souhait.

Genèse du diagnostic partagé

Cette étude-action, s'inscrit initialement dans le programme de formations-actions engagé par la Ville de Bourgoin-Jallieu depuis 2000. Il a pour objectif d'améliorer la concertation des différents acteurs de l'action sanitaire et sociale – nommés *partenaires santé* - sur les questions de l'accès aux soins des personnes précarisées. A l'origine du diagnostic partagé, on trouve les constats établis par les *partenaires santé* quant à la prise en compte de la souffrance psychique sur la commune. Ils font état :

- ❑ d'une montée en charge des situations de souffrance psychique et de mal-être, concernant les personnes précarisées, usagers des institutions ou des services sociaux et sanitaires ;
- ❑ du sentiment des opérateurs de l'action sociale et de l'insertion d'être démunis face à cette souffrance psychique.

De ces constats découlent des demandes :

- ❑ une demande de ces acteurs de faciliter l'accès au soin psychique pour leurs usagers ;
- ❑ une demande de ces mêmes acteurs d'un meilleur étayage dans leurs pratiques ;
- ❑ les acteurs du soin psychique sont repérés comme personnes-ressources pour réaliser ce soutien.

¹ Nous voulons préciser dès à présent les raisons de l'utilisation de la terminologie de " l'acteur ". Ce terme rend compte de la capacité à " jouer " son rôle professionnel, c'est à dire, en même temps, la capacité d'être dans son cadre professionnel tout en permettant des espaces intermédiaires de jeu entre le cadre et la fonction (à la différence de l'agent). Le terme d'acteur rend compte de l'engagement dynamique dans une relation et de la part active de l'intervenant pour aménager son rôle. Etre acteur n'est donc pas réductible à l'action, mais à la possibilité d'endosser un rôle (au sens théâtral), et un rôle non complètement écrit comme l'est celui de l'agent.

Les objectifs de cette étude-action

La convention signée entre la Ville de Bourgoin-Jallieu et l'ORSPERE fixe les objectifs de cette étude-action :

- ❑ Mieux définir ce qui est identifié en terme de “ mal-être ” et de “ souffrance psychique ” par les acteurs sanitaires et sociaux de la ville de Bourgoin-Jallieu.
- ❑ Mobiliser les différents acteurs autour de la question de la souffrance psychique dans l'optique d'enrichir et de structurer le travail en réseau et les pratiques déjà à l'œuvre.
- ❑ Repérer et identifier les problématiques spécifiques de la pratique des acteurs de terrain.
- ❑ Mieux cerner les types de compétences qu'il s'agit de mobiliser pour aborder la question de la souffrance psychique et celle qu'il s'agira de mobiliser lors de la mise en œuvre de programmes d'action.
- ❑ Contribuer à définir, à reconnaître et à promouvoir une politique locale de santé mentale.

La visée de ce diagnostic partagé est autant analytique qu'opérationnelle puisqu'il s'agit de s'interroger sur les modes de prise en charge ou de relation à la souffrance psychique, ceux existants ou à créer, sur le territoire de cette étude-action. Pour autant, les propositions que nous faisons ne prétendent pas livrer le schéma complet pour le montage d'un dispositif de “ traitement ” de la souffrance psychique. L'ORSPERE propose davantage des principes d'action qui pourront servir de guide aux acteurs. Après cela, aux acteurs de jouer !

Un point de méthode

L'ORSPERE est attaché à l'idée qu'une collaboration scientifique entre le champ de la psychologie et celui de l'analyse sociologique est susceptible d'offrir un éclairage heuristique à une politique locale de santé. Cette façon de concevoir et de pratiquer la recherche appliquée répond à la nécessité, révélée empiriquement, d'appréhender les problématiques sanitaires sur des perspectives croisées. Conformément à ces principes, ce diagnostic partagé est réalisé par un sociologue, J.B. Pommier, en collaboration avec une psychologue, V. Colin, et sous la direction de J. Furtos, psychiatre - Directeur scientifique de l'ORSPERE.

Nous avons d'abord pensé cette étude-action comme une enquête qualitative menée sur le terrain auprès des acteurs de l'action sanitaire et sociale. Pour ce faire, nous avons utilisé les outils du questionnaire et de l'entretien compréhensif, tous deux très ouverts. Ils ont permis le recueil et le croisement des “ points de vues ” sur la souffrance psychique et le mal-être.

Au fil des échanges avec les acteurs de terrain, le *diagnostic partagé* s'est constitué comme un dispositif d'enquête *interactif*, au sein duquel les acteurs interrogés sont, avant tout, des partenaires et surtout des *experts* à solliciter pour élaborer des connaissances sur cet “ objet ” de la souffrance psychique dont ils sont familiers et fins praticiens. C'est à cette place d'expert

- chacun devant tenir la sienne au sein d'une communauté d'acteurs - qu'ils ont été invités à participer à ce diagnostic.

Ce dispositif se veut participatif et interactif, à plusieurs niveaux :

- ❑ Au plus près des acteurs de “ première ligne ” par une première réunion de présentation du diagnostic invitant tous les partenaires (en janvier 2002) et par les questionnaires, les fiches institutionnelles, les entretiens et les deux ateliers.
- ❑ Avec les représentants des commanditaires au cours des comités techniques : ORSPERE - Service Communal d'Hygiène et de Santé.
- ❑ Avec l'instance du comité de pilotage de Bourgoin-Jallieu.

Les différentes phases du diagnostic ont été les suivantes :

- ❑ Première phase : collecte des données auprès de tous les acteurs berjalliens à partir d'une liste exhaustive² constituée avec le comité de pilotage : contact par fiches signalétiques institutionnelles, questionnaires (cf. annexe 1 pour le descriptif des outils) et entretiens avec les acteurs ciblés³.
- ❑ Deuxième phase : analyse des données quantitatives et qualitatives des fiches signalétiques, des 45 questionnaires et des 22 entretiens ; analyse rendue dans le rapport intermédiaire de juin 2002 (70 pages).
- ❑ Troisième phase : travail en ateliers :
 - *Atelier 1 avec tous les acteurs : discussion du rapport intermédiaire*
 - *Reprise synthétique du travail en atelier et propositions d'actions dans un écrit de juillet 2002 (19 pages).*
 - *Atelier 2 avec tous les acteurs : restitution, présentation discussion des propositions.*
- ❑ Quatrième phase : remise du rapport final au comité de pilotage de Bourgoin-Jallieu en octobre 2002.

² Cinquante et une structures spécifiques et 28 professionnels exerçant en libéral ont été répertoriés et sollicités.

³ Trois critères ont été retenus pour cibler les acteurs pour les entretiens semi-directifs : 1. Acteurs de première ligne. 2. Selon une diversité des secteurs d'activité. 3. Tout en tenant compte de la dimension institutionnelle et hiérarchique.

PREMIERE PARTIE : ETAT DES LIEUX

**La souffrance psychique instituée comme un problème collectif
dans la pratique des acteurs de terrain à Bourgoin-Jallieu**

1. Bourgoin-Jallieu, un territoire spécifique

1.1. Définition, spécificités géographiques et fondements historiques

Au regard de cette étude, le diagnostic partagé sur la souffrance psychique et le mal-être s'arrête aux portes de la ville – la municipalité de Bourgoin-Jallieu en étant le commanditaire principal. La commune dessinera donc l'aire naturelle de cette étude-action.

La notion de territoire

Nous préférons toutefois employer la notion de *territoire* pour désigner l'espace physique et culturel de ce diagnostic partagé. Deux raisons à cela :

⇒ Premièrement, cette notion suggère un cadrage différent des cartes administratives⁴. Si le territoire pertinent de ce diagnostic est d'abord celui de la ville, les *partenaires santé* interrogés sont, pour certains, praticiens d'un secteur hospitalier (Centre Psychothérapique du Vion), pour d'autres, acteurs d'un dispositif social rayonnant au-delà de la commune (cf. la Commission Locale d'Insertion)... **le territoire pertinent s'élargit**, de fait, au-delà de la commune.

⇒ Il s'agit d'acteurs intervenant sur une aire plus vaste, auprès de publics divers et pour lesquels la souffrance psychique prend des formes spécifiques. Il en va ainsi d'acteurs de la CLI, pour qui la réflexion sur la souffrance psychique inclue nécessairement la population rurale de leurs usagers. Cette **composante rurale** est à intégrer afin d'éviter de nouvelles inégalités dans la distribution, entre différents territoires, des moyens d'une politique locale de santé mentale.

Extrait d'entretien :

“ Sur la population du RMI, tout le monde sait que depuis deux, trois ans, l'activité du travail a pas mal repris donc tout ceux qui pouvaient sortir du dispositif sont sortis. Mais ceux qui restent, on est allé drainer très loin avec le dispositif RMI ; on est allé chercher des gens très loin au fond des campagnes, ça a fait apparaître des gens qui avant n'étaient ni vus, ni pris en charge. La plus grosse partie maintenant des gens qui restent dans le dispositif RMI, qui sont anciennement dans ce dispositif, c'est quand même d'énormes cas sociaux avec des histoires..., Zola vit toujours ! Ça aussi c'est à prendre en compte ” (Commission Locale d'Insertion : CLI).

Spécificités géographiques

Sur ce territoire élargi, la commune de Bourgoin-Jallieu concentre toutefois la majorité des structures de l'action sanitaire et sociale.

Ville importante du Nord-Isère, mais située entre Grenoble et Lyon, Bourgoin-Jallieu occupe une position à la fois *centrale* et *isolée*. Nous faisons l'hypothèse que cette situation géographique joue considérablement sur la dynamique locale. A distance des villes

⁴ La notion de territoire fait référence à l'idée de *territorialisation* de l'action publique ; c'est à dire au mouvement propre à l'Etat moderne de redistribution des compétences et des ressources médico-sociales à un échelon local.

“ capitales ” que nous venons de mentionner⁵, Bourgoin-Jallieu, ville de moyenne de 25 000 habitants, s’est développée de façon autonome, faisant de cet isolement un motif de dynamisme sur le plan de l’action sociale et sanitaire, alors même que les problématiques de misère sociale sont équivalentes à celle des grandes villes. Quelques exemples de ce dynamisme :

- Mise en place d’une structure d’hébergement d’urgence pour les publics en errance : l’ETAPE. Cette structure associative, portée par le CCAS, accueille et héberge “ *les gens de la rue* ”⁶, 8 mois sur l’année, pour des séjours de courte durée (“ *3 jours, 3 nuits, voire 7 jours maximum* ”) qui sont aussi l’occasion de mises en liens avec le réseau des partenaires sanitaires et sociaux.
- Dans le champ des pratiques en santé mentale et plus spécifiquement sur le volet du soutien aux professionnels, les acteurs du territoire ont mis en place plusieurs dispositifs communautaires : le CMPA et le CMPE⁷ sont engagés dans des groupes de travail et d’étude de situations avec certaines institutions du social (CIRCO-DISS, acteurs du logement, “ foyer 44 ”, éducation nationale,...) ;
- Les acteurs de la CLI ont l’appui d’une psychologue clinicienne, à la fois pour l’étude de situations mais aussi en accès direct pour les bénéficiaires du RMI (6 heures sur l’année pour des entretiens individuels de type “ pré-consultation ”) ;
- Des structures plus petites comme le CHRS (Centre d’Hébergement et de Réinsertion Sociale) de l’ARS ont obtenu le financement d’heures de consultation chez un psychologue en libéral pour le public hébergé.
- Quant aux pratiques de réseaux, la participation active des institutions et associations tout au long de ce diagnostic partagé et notamment lors des débats en ateliers, aura montré leur vivacité, la volonté des acteurs de “ faire ensemble ”.

Ces aménagements locaux viennent renforcer, semble-t-il l’aspect attractif de la ville du côté des usagers. En effet, Bourgoin-Jallieu étant située entre deux grandes villes, entre deux départements est de fait un lieu de *passage*. Cela se vérifie pour les populations salariées qui s’installent quelques temps sur le site et aussi pour les publics en errance accueillis par l’ETAPE ou au sein de la communauté Emmaüs par exemple.

Extraits d’entretiens :

“ La majorité des gens viennent 3 nuits. Soit par le 115 qui est le dispositif isérois de proximité, ils appellent le 115 qui donne les adresses par téléphone parce qu’il n’y pas d’équipe du 115 ici. Soit le bouche à oreille : “ Bourgoin c’est bien ”. Plus de 50% ne sont pas du département. C’est une population de passage ; qui souhaite parfois faire des démarches pour pouvoir s’installer ” (l’ETAPE).

“ Le plus ancien ici a 13 ans de communauté, mais le dernier arrivé doit avoir une semaine ou deux et il a déjà tourné sur les communautés. En gros c’est un tiers de compagnons qui ont plus de 2 ans de présence, un tiers entre 3 mois et 2 ans et un tiers moins de 3 mois. Beaucoup de compagnons qui tournent dans le réseau et notamment dans celui des communautés Emmaüs ; ils circulent ” (Emmaüs).

⁵ Ces grandes villes sont parfois décrites par les acteurs comme concentrant les “ capitaux ”, autrement dit les moyens matériels et humains pour mener une action sanitaire et sociale : CHRS, lieux d’accueil, dispositifs de prévention,...

⁶ Les passages en italique et entre guillemets correspondent aux propos d’acteurs recueillis lors des entretiens ou par l’intermédiaire du questionnaire. Nous les livrons tels quels, respectant le style oral, lorsqu’ils comportent une dimension de témoignage.

⁷ Centre Médico-Psychologique pour Enfants.

Le passé socio-économique de la ville et ses implications actuelles

Un autre aspect de la spécificité de ce territoire réside dans son histoire et le contexte socio-économique qui en découle. Historiquement, le site s'est développé grâce à l'industrie textile ; or ce secteur d'activité et d'emplois principal depuis plus d'un siècle s'est effondré dans les années 70/80. **La fermeture des usines** berjalliennes aurait ainsi entraîné la perte d'emploi d'une part importante de la population active.

Cet élément historique est souvent rapporté par les acteurs que nous avons rencontrés comme un moment de bascule qui a à voir avec l'identification de la souffrance psychique comme problème collectif. Des familles populaires, des représentants de la classe ouvrière, jusque là référés aux *inégalités sociales*, apparaissent alors au travers du prisme plus diffus de la *souffrance psychique*. Celle-ci se manifeste par **des comportements déviants et morbides** : dépendance alcoolique, dépression et suicide sont les trois *idiomes de détresse*⁸ repérés par les acteurs.

Extraits d'entretiens :

“ La spécificité de ce canton de Bourgoin c'est que c'est quand même urbanisé, même si c'est une petite ville, donc avec les caractéristiques des grandes villes : un lieu touché par tout ce qu'on connaît de moderne au niveau des cités. Donc nous on est sur un secteur qui a quand même cette spécificité là, quelque chose qui a bougé depuis une vingtaine d'années. Je pense aussi qu'à Bourgoin y'a des problèmes liés à l'immigration ; y'a tous les problèmes liés à la précarité du travail... y'a pas mal de chômage à Bourgoin. Donc nous, la santé mentale, on est un peu en bout de chaîne, ça se répercute forcément sur nous ”. “ C'est une ville qui a été frappée par les problèmes sociaux. Beaucoup d'usines qui ont fermé dans les années 70, 80,...ça a entraîné beaucoup de choses [...] Moi en ce que je constate, c'est qu'il y a un changement aussi de clientèle. Et on voit arriver au CMP des gens qui autrefois allaient en privé. Autant il y a des gens en détresse à cause du travail ou de tas de choses comme ça... Mais y a également des gens qui sont, dans l'exercice de leur profession, des professions genre professeurs, trucs comme ça, et qui ont besoin aussi de venir ici. Ça c'est une clientèle nouvelle ” (CMPA⁹).

“ La dévalorisation c'est quelque chose de fréquent chez les gens. On dit que c'est des dépressifs, mais en fait, c'est pas des malades dépressifs, ils sont souffrants de leur condition sociale actuelle, matérielle. Et c'est une dévalorisation qui peut aller jusqu'au suicide quand même. ... Après 68, cette ville a perdu 4500 emplois, c'était le textile, donc ça a fait du mal ça. C'est cette génération de gens qui ont été formés pour le travail, et sans travail. Certains se sont sentis complètement perdus. Le suicide, l'alcool... c'étaient des suicides par alcool, ils le faisaient pas directement, mais c'était de l'alcool-suicide ” (CRAM¹⁰).

⁸ Par "idiome" on peut entendre une façon particulière à un groupe social ou culturel de s'exprimer (un langage, un jargon, ...). Pour l'anthropologue R. Massé, à qui on doit cette notion, l'expression de la souffrance psychique est modulée par le cadre culturel dans lequel on vit. Cette souffrance est différemment manifestée, empruntant des idiomes repérables : somatisation, culpabilité, violence... Dans le cadre socio-historique que nous mentionnons les comportements déviants-morbides pourraient constituer certains de ces idiomes. C.f. : Massé R., 1995, *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la promotion et à la prévention de la santé*, G. Morin.

⁹ Centre Médico-Psychologique pour Adultes.

¹⁰ Caisse Régionale d'Assurance Maladie.

Si on considère ces idiomes comme des formes d'expression de la souffrance propre à un ensemble social, cette configuration sociale dont nous parlons pourrait bien être celle d'une *société précaire* ; autrement dit "notre" société. Alors que la *société de consommation* est obsédée par l'acquisition, l'accumulation, la *société précaire* - son envers - est "[...] marquée par l'obsession de la perte, en l'occurrence celle des objets sociaux (argent, emploi, logement, statut,...)". Dans cet configuration sociale "toute l'énergie psychique est orientée sur l'idée de ne pas perdre"¹¹. Si la souffrance psychique est une thématique récente dans le champ des politiques sociales, les acteurs berjalliens l'enracine pourtant dans une histoire contemporaine marquée par l'avancée du libéralisme où les salariés faiblement qualifiés ont perdu, au delà de leur emploi, ce qui constituait leur "porte-identité", l'image de soi valorisée dans et par le travail.

L'explication de ces souffrances "psychiques" par des "causes" sociales vient donc jeter le trouble sur la nature de ces souffrances : Souffrance psychique ? Souffrance sociale ? A quoi ou à qui l'imputer ? Comment répondre à une souffrance si elle n'est pas causée par une maladie mais par l'état du monde ? Ces sujets souffrants sont-ils malades ? Le terrain d'un questionnement collectif sur la question de la souffrance psychique et du mal-être était prêt...

En initiant ce diagnostic partagé, les acteurs prennent au sérieux les constats, issus des terrains de l'action sociale et sanitaire, faisant état d'une montée en charge significative des situations dites "de souffrance psychique et/ou de mal-être". Des souffrances qui se traduisent en *problèmes* divers du côté des "aidants". La souffrance psychique des usagers est un facteur de *déliation* : entre l'aidant et l'aidé bien sûr, mais aussi entre les différentes acteurs autour d'une situation d'usager.

Ces problèmes, les acteurs leur donnent du sens en décrivant les contextes de leur apparition sur la scène locale : l'histoire socio-économique du site est rappelée lors des entretiens ; la complexité du réseau de l'action sanitaire et sociale l'est également au travers des réponses au questionnaire. Ce faisant, les acteurs mettent ces problèmes en perspective avec des phénomènes sociétaux, dépassant largement l'échelon du territoire. La souffrance psychique apparaît comme le problème d'une société précaire ; elle met en défaut les métiers de l'aide au moment où ceux-ci sont en pleine recomposition. Il y a là une sorte de montée en généralité permettant aux acteurs de constituer la souffrance psychique comme un *problème social* à l'échelle de la commune ; de passer de *l'expérience singulière* de ces situations (l'expérience de tel intervenant aux prises avec tel individu souffrant), à un *questionnement collectif*.

¹¹ Furtos J., 2001, "Précarité du monde et souffrance psychique", *Rhizome*, n°5. Voir aussi : Furtos J., 2000, "Epidémiologie de la clinique psychosociale (la scène sociale et la place des psy)", *Pratiques en santé mentale*, n°1 et Furtos J., Lahlou J., 2001, "Souffrance devant la précarité du monde (pourquoi une clinique psychosociale ?)", *Confrontations psychiatriques*, n°42, pp. 173-188.

1.2. Les acteurs locaux

Qui sont les acteurs locaux concernés par la souffrance psychique ?

Au total, à peu près 50 % des partenaires répertoriées ont participé au diagnostic soit par la fiche signalétique institutionnelle, soit par le questionnaire soit par l'entretien. Par contre, 72% des structures hors libéraux n'ont pas participé au diagnostic. D'autres acteurs, non répertoriés au départ, s'ajoutent encore au cours des ateliers. La participation des libéraux reste cependant très faible (une seule réponse).

On peut déjà noter l'élargissement des intervenants concernés par la souffrance psychique, en même temps qu'une difficulté à faire participer les libéraux (médecins généralistes, psychiatres et psychologues), alors que certains sont partie prenante dans les dispositifs mis en place auprès des acteurs de terrain, dans le cadre de supervisions, d'interventions contractualisées et formalisées ou d'interventions ponctuelles.

Paysage institutionnel

Le paysage institutionnel se partage entre des institutions publiques¹² (majoritaires) et des associations. On note une seule réponse d'une entreprise et une seule réponse en libéral. Les résultats du questionnaire montrent une présence associative forte à Bourgoin avec un réseau qui implique beaucoup les associations. Ce qui pose la question de la complémentarité entre institutions publiques et associations, donc de l'organisation de cette complémentarité au sein du réseau : empilement, réseau organisé ou chevauchement ? *Le rôle des associations est nécessairement à prendre en compte dans l'organisation du réseau de santé mentale.*

Statut du personnel

Nous comptons 41 salariés sur 45 personnes ayant répondu. On peut dire qu'il y a une forte représentation d'acteurs professionnels salariés et seulement un bénévole sur 45 réponses. Nous pouvons simplement conclure que le champ est monoréponse, 91% des personnes répondantes sont salariées. Qu'est-ce que ça veut dire du côté des bénévoles (cela pose la question de la légitimité à répondre) ? *Les bénévoles sont à impliquer dans un temps second à la construction du réseau de santé mentale dont ils font assurément partie* : prévoir des démarches spécifiques pour les informer et les introduire dans la dimension active de construction du réseau. Il en va de même pour les libéraux, avec des horaires probablement plus adaptés à leurs pratiques.

Répartition entre acteurs intervenant dans le champ social et intervenant dans le champ explicite du soin psychique

Le réseau sanitaire et social de Bourgoin-Jallieu est quantitativement plus étendu dans le champ du travail social (ce que nous entendons au sens large). De ce fait, une très large majorité des personnes interrogées et ayant participé à l'enquête appartient au champ de l'action sociale. Sur 101 personnes participantes (fiches, questionnaires, entretiens), une dizaine d'entre elles sont repérées dans le champ explicite du soin psychique : psychiatrie intra-muros et extra-muros, associations spécialisées, libéraux.

¹² Nous désignons par " publiques " les institutions telles que les Mairies, les hôpitaux, les dispositifs du Conseil Général, le Conseil Communal d'Action Sociale, le Service Communal d'Hygiène et de Santé..., à distinguer du milieu associatif.

Correspondance de la formation initiale au poste occupé

La plupart des formations initiales des acteurs correspondent à la fonction occupée. C'est-à-dire qu'une formation initiale dans le social ouvre à un emploi dans le social. Il existe une cohérence en général, en termes de continuité dans les filières (social = social, technique = technique, soin = soin, etc.). Cependant, il est à noter plusieurs remarques :

⇒ Une majorité des résultats (55,5%) montre *une correspondance stricte au poste occupé* : avec un diplôme d'éducateur spécialisé, un emploi en tant qu'éducateur spécialisé par exemple, ou un diplôme d'infirmier, un emploi en tant qu'infirmier.

⇒ Une autre part importante des résultats (20%) montre une correspondance "réhaussée" à la fonction occupée : à un diplôme d'éducateur spécialisé correspond un poste de responsable d'équipe ou de structure, par exemple. Ceux qui répondent mettent en avant leur formation généraliste de base : assistante sociale, éducateur spécialisé, conseillère en économie sociale et familiale... Il semblerait que ces formations, au bout de **l'expérience**, permettent l'exercice de fonctions plus spécifiques, comme des postes à responsabilité ("surqualification" fréquemment observée).

⇒ De plus, on constate que des personnels hiérarchiques conservent des temps d'intervention de terrain et de relation directe avec l'utilisateur : temps d'accueil et d'accompagnement du public par exemple. Il existerait une tension entre le poste à responsabilité et le maintien d'une pratique auprès du public. Tension qui peut se traduire par un sentiment de malaise, surajouté à la rencontre du malaise du public ou qui peut permettre aux "chefs" de rester au plus près du terrain.

⇒ Cet écart est d'autant plus prégnant lorsque certains acteurs se trouvent en situation d'exercer dans le cadre de la relation d'aide en ayant été *formé dans un tout autre domaine* (pour 15,5 % des acteurs ayant répondu aux questionnaires). C'est le cas pour certains intervenants de l'insertion par le travail, pour d'autres titulaires de diplômes universitaires (BTS de communication par exemple) ou pour d'autres encore faisant valoir une compétence professionnelle (comme un technicien exerçant dans un atelier d'insertion).

D'une façon générale, même s'il y a une correspondance entre filières d'origine et poste occupé¹³, certaines personnes se déclarent insuffisamment formées ou du moins insuffisamment outillées pour répondre à certaines demandes et particulièrement pour faire face aux situations de mal-être et de souffrance psychique. Globalement, le sentiment d'impuissance des acteurs face au mal-être et à la souffrance psychique est très présent et ouvre sur la demande de formation complémentaire (quelque soit la formation initiale reçue) ainsi que sur le besoin d'étayage pour les situations particulièrement problématiques.

¹³ Nous proposons en annexe 6 un développement sociologique sur « les nouveaux métiers du social ».

1.3. Manques et besoins des acteurs

Les réponses à la question des besoins des acteurs montrent *une existence forte* de ceux-ci (35 personnes répondent positivement à la question des besoins) et contiennent les éléments suivants :

➤ **Les demandes orientées vers la formation personnelle :**

⇒ Nombreuses demandes de formations complémentaires orientées vers la pratique : 23/45 questionnaires.

⇒ Demandes moins nombreuses d'apport théorique (6/ 45 questionnaires) sur la souffrance psychique et sur la maladie mentale.

➤ **Les demandes orientées vers le travail en interne (en équipe) :**

⇒ *L'importance du travail en binôme (ne pas travailler seul)* pour pouvoir échanger des impressions, des ressentis, voire passer le relais quand la relation est bloquée avec l'un des intervenants.

⇒ Nombreuses demandes de supervision. Dans les questionnaires, le vocable "supervision" permet de désigner l'ensemble de ces espaces-temps inscrits dans l'agenda de l'intervenant social comme des temps travaillés, des espaces-temps où l'on va adopter une posture réflexive vis à vis de son activité. Il s'agit de pouvoir "prendre du recul", de la "distance", de "sortir le nez du guidon"...

⇒ Quand la supervision (ou un autre type d'outils de reprise) existe déjà (50 % des structures interrogées par questionnaire ont répondu avoir recours à ce type d'outil), les équipes demandent du temps supplémentaire de travail avec les "psy"¹⁴. Il existe en effet des supervisions de durée et de rythmicité très variable : de une fois par mois à une fois par trimestre. Ce travail se fait dans un cadre particulier avec le soutien d'un acteur extérieur à l'institution ; ce dernier étant caractérisé par sa place - il est *tiers*, détaché de l'ordre hiérarchique -, et par sa qualité - il s'agit d'un expert du psychisme humain : psychiatre, psychologue, psychanalyste.

⇒ Le besoin de soutien quotidien renvoie à la demande forte de psy dans l'équipe. Un "psy" dans les équipes, avec l'idée de la présence d'experts du psychisme humain à disposition soit pour aider sur des situations difficiles, soit pour une régulation et du conseil au quotidien.

➤ **Les demandes orientées vers le travail en partenariat :**

⇒ L'idée d'une instance "psy", d'une personne ressource disponible en permanence : "il faudrait une permanence téléphonique pour les personnes isolées dans leur travail" propose un acteur interrogé.

¹⁴ La désignation "psy" est celle utilisée par les acteurs du champ social que nous reprenons ici et ailleurs dans le texte en tant qu'elle livre quelque chose de leurs représentations. Cette représentation sociale des "psy" annule parfois les écarts entre les différents intervenants et leurs différentes formations dans le champ de la psychologie. Un psychiatre n'est pas interpellé dans les mêmes circonstances qu'un psychologue ou qu'un infirmier psychiatrique ou encore qu'un psychanalyste. Aussi, veiller à déplier cette "boîte à psy" pourrait permettre de déconfusionner les fonctions que les uns et les autres peuvent avoir dans le réseau de santé mentale.

⇒ Une meilleure connaissance du réseau et des partenaires : on relève également la demande d'une simplification des liens entre les différents services " au profit des usagers ". Cela sous-entend la mise à plat des fonctionnements institutionnels ; cette demande ne pourrait-elle pas être nourrie en partie par la diffusion et l'utilisation du " Guide pratique médico-social¹⁵ " ?

⇒ Une meilleure coordination pour recenser et coordonner les besoins en termes d'équipement et de dispositifs à créer. Le travail de réseau tirerait profit d'une connaissance pour chacun des différentes instances de coordination et de réflexion déjà existantes à Bourgoin-Jallieu. De plus, pourraient être envisagées des rencontres entre les professionnels des différentes institutions et la mise en commun de leur réflexion-action au sein des instances de coordination déjà existantes. Il s'agit alors de **mutualiser** dans le réseau les expériences menées au sein de groupes constitués ne réunissant actuellement que certains acteurs.

⇒ Cette attente en terme de connaissance réciproque est également un des motifs de demande de supervision. En effet, les acteurs souhaitent la mise en place de supervisions inter-institutionnelles (expertise collective). Ils y voient, autour de l'évocation de cas concrets, la possibilité d'échanger entre secteurs d'intervention distincts (lien entre le milieu associatif et les services " publics " du social). Ils y voient aussi une nécessité au regard des phénomènes de circulation du public entre les multiples structures. A cet endroit réapparaît **la nécessité d'une réflexion de fond sur les liens entre les institutions du judiciaire et les institutions du soin spécialisé**. En effet si le judiciaire apparaît comme un acteur incontournable du réseau, il n'en reste pas moins que les procédures *d'obligation de soin* sont souvent complexes à mettre en œuvre - y compris du point de vue de *l'éthique professionnelle* - concernent certains publics, pour lesquels se recouvrent tout à la fois, le psychique, le somatique... et les troubles de l'ordre public.

➤ Les demandes à l'échelle du territoire :

⇒ Davantage de " centres de placement et de structures d'accueil de personnes en situations de souffrance dans chaque ville et aux heures d'ouverture permanentes " propose un acteur du champ social.

⇒ Le champ psychiatrique renvoie le manque actuel de ***lits d'hospitalisation pour les enfants et les adolescents*** du secteur.

⇒ Certains remarquent l'absence de dispositifs d'accueil et/ou d'hébergement, en dehors de situations de crise. Ils suggèrent : d'une part la création de lieux d'accueil sur les " temps morts " (le week-end, les vacances,...), ces temps souvent vus comme renforçant l'isolement des personnes et les risques de " rechute " (alcoolisme, décompensation). D'autre part, et plus précisément, la création de lieux d'accueil dans la durée et " étayant ", " pour les personnes en grandes difficultés "- type CHRS. Le public " jeunes " et les personnes désignées comme " très isolées " seraient principalement concernées ; les relais se font actuellement hors de Bourgoin-Jallieu et difficilement... **La situation**

¹⁵ Ce guide a été récemment réalisé par les acteurs médico-sociaux du territoire des CLI de Bourgoin Ville nouvelle et de la Tour du Pin.

des personnes âgées (notamment celles qui sortent d'une hospitalisation en psychiatrie) est également évoquée au travers du manque de structures d'accueil et d'hébergement.

⇒ Nombreux sont ceux qui évoquent la nécessité de *créer des lieux de rupture*. Il faut entendre par là des structures de prise en charge temporaire (notamment d'hébergement) pouvant accueillir les populations qui mettent trop à mal l'institution qui les accueille dans la durée. On suggérera simplement que cette proposition peut être entendue comme la demande des acteurs de pouvoir " être soulagés ", comme une demande de reconnaissance qu'ils peuvent être " saturés " dans la relation à un usager... à plus forte raison lorsqu'on intervient au quotidien auprès de celui-ci

D'une façon générale, on repère un appel aux "psy", mais il reste à préciser ce que les termes " supervision " et " réunion d'équipe " recouvrent. Il existerait des réalités différentes pour chaque équipe. En effet, les résultats montrent que *le fait d'avoir une réunion d'équipe dans le secteur associatif est une ressource reconnue (15 en bénéficient)*, alors que dans une institution publique seulement 4 font état de cette ressource. Pour les personnes travaillant en secteur public, les réunions d'équipe sont beaucoup moins considérées comme une ressource que dans l'associatif¹⁶.

Dans la perspective de la construction d'un réseau de santé mentale, les fortes demandes de travail en partenariat et de formalisation des partenariats existants sont à entendre en acceptant le temps nécessaire au travail de connaissance mutuelle, ainsi que la légitimation de ceux qui s'y engagent.

On peut se demander si cet appel aux " psy " ¹⁷, tous confondus, ne recouvrent pas la difficulté à faire face à la souffrance psychique lorsque l'action sociale est bloquée. Le recours magique à l'expert serait alors une des réactions contre ce blocage de l'action, même si d'autres aménagements sont à inventer.

1.4. La souffrance psychique : un questionnement local pris dans un questionnement sociologique

Le questionnement sur la souffrance psychique et le mal-être n'arrive pas n'importe quand, n'importe comment. A Bourgoin-Jallieu, il fait écho au développement de la thématique de la souffrance psychique dans de nombreux domaines de recherche et d'action qui constituent des appuis pour penser ce qui se passe localement. Nous donnons ici quelques repères sur les conditions sociales d'apparition de la question de la souffrance psychique.

Depuis plus d'une trentaine d'années, l'évolution des politiques publiques de santé d'une part, les changements dans les institutions et les pratiques médicales d'autre part, ont contribué au passage du concept de *psychiatrie* à celui de *santé mentale*. Premier glissement

¹⁶ La supervision renvoie à la possibilité de travailler sur des situations difficiles ou graves dans un lien de confiance avec un interlocuteur stable. La réunion d'équipe renvoie d'avantage à un travail en interne, régulier et fréquent entre la hiérarchie et la base.

¹⁷ L'ouverture de la " boîte psy " implique de nombreuses questions : Comment s'y retrouver dans le panel d'offres " psy " ? Faut-il interpeller l'institution psychiatrique (CMP ou hôpital) ? Comment répondre à la demande d'un usager " d'entrer en thérapie ", est-ce du seul ressort du CMP ? A quel type de " psy " s'adresser en tant qu'équipe du champ social pour un travail de reprise de la pratique ?

vers une notion positive - celle de santé mentale - où il est désormais question de “ *prendre en charge la problématique du bonheur (l'épanouissement) autant que celle du malheur (la pathologie)* ”¹⁸ ; vers une conception élargie qui replace l'affection psychique d'un sujet dans un ensemble de déterminations environnementales et sociales.

Dans le prolongement de la définition, donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé¹⁹, de la santé comme sentiment subjectif de “ bien être ”, la santé mentale renvoie à l'idée d'une certaine qualité de vie psychique déterminée par des facteurs autant sociaux que psychologiques.

C'est dans ce contexte de promotion de la notion de santé mentale qu'a été formulée la question de la *souffrance psychique*. Avec le rapport Strohl-Lazarus²⁰, une souffrance affectant le psychisme, non-psychiatrique et d'origine sociale, est identifiée. Elle devient un objet de travail pour les acteurs des politiques publiques et pour ceux qui œuvrent sur le terrain de l'action sociale et sanitaire. Mais elle (ne) devient un problème public (que) dans ce contexte bien particulier et récent de la constitution du champ de la santé mentale : un champ qui n'est pas restreint à celui de la psychiatrie et de la maladie mentale ; un champ qu'on peut décrire “ *comme un espace de représentation traversé par divers marqueurs sociaux et culturels qui la [la santé mentale] positionnent à l'interface de problématiques plus objectives comme le travail, la famille ou la position sociale* ”²¹.

De fait, comme les acteurs de Bourgoin-Jallieu le notent, la souffrance psychique apparaît également dans une société en mutation et marquée par la précarité, c'est à dire par l'instabilité des liens et des objets sociaux. Ceci fait signe vers un autre type de lecture, une compréhension sociologique de cette mutation.

C'est aussi au moment du rapport Strohl-Lazarus que les sociologues s'interrogent sur notre société, laquelle serait marquée par des processus de *déliation*. C'est la société des “ *déquelquechose* ” : *désaffiliation* (Castel²²), *désinsertion* (De Gaulejac²³)... Ces théories ont en commun d'appréhender les transformations historiques de notre société ; transformations qui fragiliseraient à la fois le processus de socialisation et les instances réalisant ce travail. Ces instances de socialisation, ces lieux d'intégration sont notamment la sphère du travail, l'institution scolaire et celle de la famille. Dès lors que ces petites ou grandes machines à socialiser sont enrayées - par exemple du fait de la crise du modèle salarial pour Castel -, les individus peuvent être pris dans des processus de perte des liens d'appartenance (au travail, à la famille, aux groupes sociaux,...) et renvoyés au sentiment de “ l'inutilité au monde ” pour reprendre une expression du même sociologue, confrontés à l'expérience subjectivement dévastatrice d'une représentation de soi en négatif. Et Castel fait alors le rapprochement entre cet individu négatif et le vagabond d'autrefois.

Nous retiendrons alors que ces théories sociologiques ont largement alimenté la pratique de ceux dont le travail consiste à venir en aide aux personnes désaffiliées ; en rendant

¹⁸ Castel R., 1981, *La gestion des risques*, ed. de Minuit.

¹⁹ L'OMS définit la santé comme “ *un état complet de bien être physique, mental et social, et (qui) ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ” (Paris, 1946).

²⁰ Strohl H., Lazarus A. (sous la direction de), 1995, *Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale. Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, DIRMI, DIV, DASS, DGS.

²¹ Joubert M., 2002, “ Une approche sociologique de la santé mentale ”, *La santé de l'homme*, n°359.

²² Castel R., 1995, *La métamorphose de la question sociale. Une chronique du salariat*, Fayard.

²³ De Gaulejac V., 1997, *La lutte des places*, Desclée de Brouwer.

légitime la prise en charge des conséquences subjectives de cet *individualisme négatif* ; c'est à dire en rendant, en quelque sorte, possible le travail sur la souffrance psychique. Et ceci (ce n'est pas un hasard) au moment où ces acteurs " du social " étaient confrontés à une certaine défaillance de l'idéal éducatif ou d'adaptation, à l'épuisement des outils des politiques d'insertion face au chômage de masse et aux faibles perspectives d'un avenir meilleur pour toute une partie de ce qu'on nommait jusque là la classe ouvrière... et de ses enfants.

A plusieurs reprises l'ORSPERE a affirmé " l'effet de sens " et de reconnaissance de légitimité à parler de souffrance psychique sur les lieux du social à partir du rapport Strohl-Lazarus²⁴; il en va de même de la sociologie de la désaffiliation. L'un comme l'autre ont donné du sens à ce que les acteurs de terrain vivent quotidiennement : l'épuisement des usagers dans des parcours d'insertion qui ne débouchent que rarement sur une sortie de leur " carrière " dans la précarité ; des manifestations diverses mais récurrentes d'affections de la subjectivité (fatigue, découragement, dévalorisation,...) qui grèvent encore un peu plus les chances de retour à une pleine intégration. Pourtant si l'action sur la souffrance psychique est devenue possible, si la prise en charge de l'individu négatif (celui qu'on ne va pas forcément pouvoir " réparer ", " insérer ", mais avec lequel il faut " tenir le lien "...) est désormais entendue comme une composante principale de l'action sociale,...ces textes fondateurs n'ont pas défini cette souffrance, ni indiqué comment organiser cette prise en charge au sein d'un réseau d'acteurs sanitaire et sociaux, de " psychistes " et de " travailleurs sociaux ". S'ils soulignaient déjà la difficulté et le malaise des intervenants face à elle, ils laissaient libre le chantier d'élaboration d'une *clinique nécessairement psychosociale*²⁵. Un chantier qu'ils avaient déjà eu le grand mérite d'ouvrir...

Aussi, l'interpellation dans ce contexte de questionnements des acteurs santé de la commune de Bourgoin-Jallieu engage une démarche partagée où chacun prend sa place propre, où chacun mobilise ses compétences et son expertise dans l'exercice d'une clinique psychosociale suggérant l'appartenance de tous à une seule et même communauté d'acteurs en santé mentale.

²⁴ ORSPERE, CERPE, 1998, *Souffrance psychique et précarité. Enquête dans un quartier d'habitat social*, DDASS de l'Ain.

ORSPERE, Economie et Humanisme, 2000, *RMI, souffrance psychique et précarité sur le bassin annecien. Accès aux soins et aide aux aidants*, DDASS de Haute-Savoie

²⁵ ORSPERE, FNARS Rhône-Alpes, 1999, *Points de vue et rôles des acteurs de la clinique psychosociale*.

2. Représentations de la souffrance psychique chez les acteurs de terrain

2.1. Manifestations, perceptions de la souffrance psychique

Notre travail a d'abord consisté à explorer la façon dont les acteurs locaux nomment les manifestations de la souffrance psychique et du mal-être, dont ils repèrent des contextes d'apparition de ces manifestations : quand parle-t-on de souffrance psychique et de mal-être ? à propos de qui, de quoi ?

Nous avons déjà noté dans le rapport intermédiaire (juin 2002), la double caractéristique de la notion de souffrance psychique : *évidente* du point de vue de la pratique et pourtant *incertaine* puisque polymorphe. Si on doit reconnaître la dimension composite de la souffrance psychique, ce qui ressort des entretiens (6 entretiens dans le champ explicite du soin psychique et 16 dans le champ de l'action sociale) et des questionnaires (3 dans le champ explicite du soin psychique et 42 dans le champ de l'action sociale), c'est une impression d'organisation de ces perceptions de la souffrance psychique au sein d'un *espace de compréhension relativement partagé* par l'ensemble des acteurs du territoire berjallien. En effet, si des perceptions peuvent être identifiées comme communes aux acteurs du soin psychique et aux acteurs de l'action sociale, il n'en reste pas moins que l'interprétation peut en être différente en fonction des théories de la pratique de chacun, de l'institution et de la pratique propre à chacun. Cependant, dans un premier temps, nous centrons l'analyse sur ce qui fait communauté au sein du réseau sanitaire et social de Bourgoin-Jallieu.

Du côté du social : une souffrance dans la relation

Pour définir la souffrance psychique, les acteurs du social ont recours à des histoires singulières : celles de leur relation à des usagers, celles illustrant des vécus de souffrance. Appréhender la souffrance psychique suppose donc de plonger à nouveau dans sa pratique, de dire ce que l'on fait avec les gens que l'on accompagne. Ceci a son importance et nous pouvons déjà l'entendre comme suit : pour les acteurs, *la souffrance psychique renvoie à la dimension relationnelle*, à ce qui se noue (ou pas) entre l'aidé et l'aidant. Elle n'est pas seulement envisagée comme une affection touchant les usagers, qualifiant en propre leur état ; la souffrance psychique qualifie aussi ce qui se joue dans l'interaction entre les participants de la relation d'aide ; et donc, pour les acteurs, une manière de parler d'eux-mêmes dans le travail.

Extraits d'entretiens :

Trois récits illustrant des relations à des usagers où l'intervenante repère de la souffrance psychique. Un jeune couple qui se montre "agressif" ; " [des] jeunes qui sont en revendication ; contre la société, qui disent " c'est pas contre vous que j'en ai ", mais... un peu contre la société, qui veulent tout très rapidement, qui supportent difficilement d'être brimés, de pas avoir ce qu'ils veulent... des grands ados qui fonctionnent que comme ça, ou dans des rapports de force ".

Puis, autour d'une demande de logement, " [...] l'exemple d'une dame plus âgée qui est venue alors qu'elle sortait jamais de chez elle, [...] Donc elle sortait, je lui avais fixé un rendez-vous et elle sortait ; elle s'était maquillée... c'était dur d'entendre ça parce que pour moi c'était pas une sortie, mais pour elle si c'était de venir me voir. Là elle qui était très repliée, elle avait

trouvé quelqu'un avec qui discuter [...] je suis surprise parfois de la facilité avec laquelle les personnes peuvent dire des choses très personnelles, très intimes, avec nous... j'ai l'impression que c'est des personnes très seules, très isolées ”.

Enfin le cas de ce “ [...] monsieur d'une trentaine d'années qui présentait bien. Et quand il a commencé à parler, il avait un discours pour moi complètement incohérent. Il disait qu'il était complètement persécuté, qu'il avait donné la démission de son travail, disait que son bailleur actuel (il demandait à changer de logement) et son ancien employeur venaient chez lui, la nuit, pour fouiller chez lui. Pour moi il rentrait dans une sorte de délire. Et je savais pas vraiment quelle attitude avoir... on arrête, on écoute, on réagit ou on réagit pas ? ” (CCAS : Conseil Communal d'Action Sociale).

Bien sûr, on peut dégager de ces trois histoires des types de souffrance psychique, associant par exemple un profil social à des manifestations comportementales (“ *des jeunes* ”, “ *des grands ados* ” qui ne supportent pas les délais et tentent d'imposer un rapport de force ; des personnes “ *très isolées* ”, “ *très seules* ”, qui livrent “ *des choses très personnelles* ” avec un naturel qui paraît suspect). Mais surtout on s'aperçoit que *ces récits décrivent la souffrance psychique comme une impasse à agir du côté de l'intervenant* (quelle attitude avoir ? comment déjouer les rapports de force ? comment soutenir des témoignages très durs ?). C'est là un aspect essentiel de la compréhension de la souffrance psychique sur lequel nous reviendrons.

Du côté des soignants : une approche mal aisée, mais des pratiques aménagées

Si les intervenants sociaux rapportent spontanément des histoires pour livrer leurs représentations de la souffrance, les soignants, eux, ont souvent à cœur de questionner la notion de souffrance psychique et d'en proposer une définition plus générique. Autrement dit, ils nous donnent plus facilement leurs théories de la souffrance psychique, qu'ils ne livrent les éléments (les histoires singulières) permettant de comprendre leurs pratiques “ de l'intérieur ”.

On touche peut être du doigt la problématique du *secret professionnel* qui, on le verra, structure les rapports entre les acteurs sociaux et ceux du soin psychique, et semble empêcher ces derniers d'illustrer leur pratique à partir de cas concrets. En conséquence, durant les entretiens, c'est parfois avec un certain malaise que les soignants s'expriment au sujet de la souffrance psychique qu'ils abordent “ en général ”, essayant de saisir cette notion à partir de ce dont ils sont plus familiers, à savoir les registres et les catégories médicales,... alors même qu'ils font le constat que la souffrance psychique n'est pas une entité aisément référible.

Extraits d'entretiens :

“ Moi c'est une notion [souffrance psychique] qui me met mal à l'aise. Quand on est confronté à la clinique au quotidien, brutalement introduire une notion de souffrance psychique, même si elle existe, me met un peu mal à l'aise. [...] Je crois qu'à partir du moment où on emploie ces termes là, on déborde du cadre de la maladie mentale. Parce que la souffrance psychique c'est pas forcément une maladie en soit. Ça atterrit pas forcément à l'hôpital. C'est quelque chose qui est présent dans la société ; qui va s'organiser dans certains cas en maladie mentale, et dans d'autres non... Les patients

hospitalisés ont une souffrance psychique ; y a plein de gens qui ont une souffrance psychique. Ca reste une donnée assez subjective et qui n'est pas quantifiable ” (Centre Hospitalier du Vion).

“ La souffrance psychique c’est un mot que je manie difficilement parce qu’il a un côté “ transformation ” de ce que les gens disent. C’est une interprétation de notre côté. Il y a bien un côté d’interprétation ; on essaie de comprendre à travers ce que les gens disent leurs ressentis pour pouvoir adapter notre aide en fonction de ce qu’ils ont besoin. Je dirais que la souffrance psychique est un mot qui vient du côté des soignants au sens large, c’est à dire les gens en charge de soin.” (Contact).

"Souffrance psychique, non je ne fais pas mes diagnostics comme ça, pour moi souffrance psychique, c’est large, tous les gens qui viennent ici sont en souffrance psychique donc...ça n’a pas de connotation médicale. C’est trop large, c’est comme si l’on dit de quelqu’un qu’il a "un trouble psychiatrique". Par contre, les gens qui viennent ici sont en souffrance psychique, et parfois souffrance psychique et physique. On peut être en souffrance psychique, parce qu’on est dans une situation sociale épouvantable, et qu’on est pas capable d’y faire face tout seul, mais ça veut pas dire qu’on a des troubles psychiatriques" (SITONI).

Pour autant, malgré ce malaise, les acteurs du soin – et spécifiquement ceux du soin psychique – ne récusent pas la notion de souffrance psychique. Au contraire, les différents dispositifs de soin psychique à l’échelle du territoire berjallien semblent faire une place à cette thématique nouvelle et ses occurrences cliniques :

⇒ La psychiatrie de secteur, par le biais du CMPA, s’affirme comme un acteur central quant à la prise en charge des souffrances psychiques d’incidence sociale. Il reconnaît l’articulation santé-précarité comme l’une de ses missions de service public : *“ Alors nous la psychiatrie publique, on s’adresse prioritairement aux grosses pathologies ; pathologies lourdes. Mais j’ai envie de dire qu’ici y’a une équipe qui est très ouverte sur la communauté [...] ça nous paraît naturel qu’un certain nombre de gens en souffrance, j’insiste sur le mot, aient recours à nous ne serait-ce que parce que nos soins sont gratuits. C’est pas parce qu’on est en souffrance psychique à un moment donné et pour des raisons qui nous paraissent tout à fait justifiées par l’environnement des gens... que pour autant on relève d’un diagnostic psychiatrique. C’est un vrai débat qui semble devoir être posé un jour, c’est une vraie question. Actuellement nous on est un peu réticent à “ fichier ” des gens pour lesquels on se dit “ ils sont aussi victimes d’un environnement extérieur ” qui est devenu extrêmement dur pour un certain nombre de petites gens, de gens socialement en difficultés ” (CMPA).*

⇒ Nous l’avons déjà mentionné, cette conception rénovée de la clinique psychiatrique amène le CMPA à répondre aux sollicitations de partenaires sociaux locaux avec lesquels des *groupes d’étude de situations* sont organisés régulièrement. Le CMPE se positionne de la même manière vis à vis des institutions de protection de l’enfance et celles ayant en charge le public des moins de 18 ans (éducation nationale) ou des jeunes adultes (foyer 44), passant

outre les découpages en classes d'âges qui imposeraient l'orientation des plus de 18 ans vers le secteur de psychiatrie adulte²⁶.

⇒ En plus de l'engagement de la psychiatrie publique, Bourgoin-Jallieu voit également la création de nouvelles filières du soin psychique articulées aux dispositifs des politiques sociales (psychologue-CLI, convention libéraux-CHRS²⁷); ces néofilières - qui offrent notamment des possibilités de consultation ou de pré-consultation sur les lieux du social - sont effectivement perçues comme des modèles à dupliquer pour un grand nombre d'institutions locales (Emmaüs, Centre Hospitalier P. Oudot, Mission Locale). Pour les psychistes exerçant pour partie à l'intérieur des structures de l'action sociale, la thématique de la souffrance psychique est à valider; et elle reconfigure la clinique traditionnelle, ses catégories de pensée et son cadre. Une philosophie similaire est adoptée par les soignants des associations à visée thérapeutique; notamment celles intervenant sur les problématiques de dépendance (Contact, SITONI).

Extrait d'entretien :

" L'objectif ici est que les gens qui ne vont bien, ça puisse juste leur servir pour éponger l'angoisse. De pouvoir se reprendre un peu, d'avoir un espace de réflexion qui soit plus spécialisé. Ça peut permettre à des gens d'exprimer ces situations kafkaïennes sans qu'il y ait de retour de bâton. Se défouler un peu, absorber des choses qui pourraient devenir pathologiques à force. C'est aussi éventuellement, pour ceux qui vont vraiment pas bien, qui ont une dépression qui s'installe, c'est de les apprivoiser entre guillemets. Qu'ils rencontrent un psy, ça ne veut pas dire qu'ils sont fous, et donc de leur faire une sorte de passerelle pour les amener à consulter " (psychologue CLI).

²⁶ " Il devrait y avoir des liens institutionnels forts entre l'équipe de psychiatrie adulte et l'équipe de pédopsychiatrie parce que les textes confient les enfants de 0 à 16 ans, et les adultes les prennent à 18 ans, donc y a un vide juridique là pour les 16/18 ans. Or ce que je n'ai pas dit, c'est que les choix théoriques et l'information de l'inter-secteur de psychiatrie infanto-juvénile, c'est que cette équipe a des orientations psychanalytiques assez fortes, ce qui fait que la conséquence de ce choix théorique sur Bourgoin c'est qu'on ne tient pas compte des limites géographiques [...]. Et en terme d'âge aussi, c'est à dire qu'en soin, il nous arrive aussi fréquemment d'avoir des gens de 20 ans, des jeunes adultes... Du même coup cette difficulté juridique des jeunes adultes tombe un peu " (CMPE).

²⁷ Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale.

2.2. La clinique des signes

La souffrance psychique et le mal-être sont repérés grâce à divers indicateurs par les acteurs que nous avons rencontrés. Ceux du champ explicite du soin psychique repèrent la souffrance psychique et tentent d'en comprendre les manifestations avec les repères nosographiques et psychopathologiques classiques, même si ceux-ci montrent leurs limites dans certaines situations. Familiers avec la " matière " psychique, les acteurs du champ explicite du soin psychique n'en relèvent pas moins des formes inhabituelles et non pathologiques qui ouvrent sur la dimension sociale, voire sociétale de la personne rencontrée (en direct ou dans le cadre de dispositifs de reprise de la pratique). Les acteurs du champ social, longtemps en première ligne et en charge de cette souffrance, montrent de réelles compétences à authentifier des indices de la souffrance des usagers ; ceci malgré les discours d'auto-exclusion du champ de la santé mentale (" *nous ne sommes pas experts* ", " *nous ne sommes pas des psy* ").

Dans le rapport intermédiaire, nous postulons l'existence d'une véritable *clinique descriptive* qui serait avant tout celle des acteurs du social, du fait de la proportion des participants à l'enquête dans le champ de l'action sociale, même si cette clinique s'appuie sur tous les participants. Il n'était pas question de proposer un tableau nosographique de la souffrance psychique, mais de suggérer que ces acteurs ont leur propre grille de lecture des manifestations de la souffrance psychique ; une grille qui permettrait de reconnaître les manifestations hétérogènes d'une souffrance où " tout est mêlé ".

Cette clinique des signes, nous en donnons ici un simple aperçu, rappelant uniquement les principaux ensembles qui la composent :

- ⇒ les signes objectifs du corps ;
- ⇒ les manifestations d'une subjectivité troublée (corporelles ou verbales) ;
- ⇒ le désinvestissement des engagements sociaux ordinaires ;
- ⇒ la souffrance de l'aidant dans la relation. Ce dernier ensemble de signes a été ajouté à la demande d'un clinicien lors d'un comité de pilotage. L'effet sur l'aidant de la souffrance psychique est typique de la clinique comme nous le développerons ensuite.

Nous savons que les signes perçus de la souffrance psychique varient très certainement d'un cadre professionnel à un autre : selon le métier, l'institution, le climat d'une équipe, l'interprétation d'un professionnel, la théorie de la pratique. Il se trouve simplement que, s'agissant d'un « diagnostic partagé », nous avons reconstruit une grille de lecture « générale » à partir des différents questionnaires et entretiens.

Il pourrait ressortir de cette clinique des signes une impression « naturaliste » où les signes auraient un haut degré d'objectivité. Pourtant, ces signes n'apparaissent jamais indépendamment des contextes et des acteurs qui y sont plongés ; autrement dit, ils ne prennent sens qu'en lien avec *qui* les repère. On doit toujours avoir à l'esprit que les signes de la souffrance psychique ne sont pas déconnectés des lieux (du social ou du sanitaire) où ils apparaissent. De fait, il existe bien « des différences » au sein de cet espace de compréhension partagée.

Avec cette clinique des signes, il ne s'agit pas, non plus, d'une manière de considérer la souffrance psychique comme une maladie, avec ses symptômes et ses syndromes, indépendamment de la relation d'aide et de l'histoire du sujet.

Mais, il se trouve que la cohérence des signes a retenu notre attention, alors que nous n'avions pas le sentiment que les travailleurs sociaux travaillaient avec une telle sémiologie ; classiquement, ce sont les cliniciens qui travaillent avec de tels signes *cliniques*. Mais pour les acteurs du champ social, l'essentiel n'était pas de réaliser ce qui pour nous était une découverte, mais d'approfondir ce qui leur pose problème : c'est à dire *la souffrance de l'aidant dans la relation*, la charge mentale qui empêche l'action sociale.

Pour une présentation détaillée de cette clinique descriptive, nous laissons au lecteur le soin de consulter le texte plus complet remis en annexe 4.

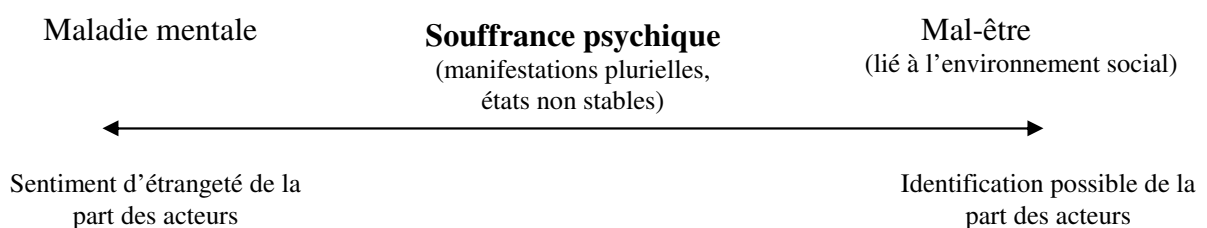
2.3. Les repères à l'œuvre pour qualifier les manifestations de la souffrance psychique

La souffrance psychique se signale de façon plurielle. Pour les acteurs santé²⁸ de Bourgoin-Jallieu, cette clinique des signes, sus présentée, prend sens par rapport à d'autres ensembles signifiants, d'autres catégories.

Les professionnels sanitaires et sociaux se trouvent de plus en plus souvent face à des situations non catégorisables en l'état actuel des connaissances : d'une part, la souffrance des individus se pose dans un contexte non réductible à une problématique psychiatrique, et d'autre part, cette souffrance indiscutablement psychique du point de vue de la personne qui l'éprouve peut tout autant être qualifiée de sociale par ses déterminants et le contexte où elle apparaît (sur les lieux du social). Cette situation pose un enjeu clinique qui interpelle les acteurs de la santé et en même temps risque de les dépasser. Alors comment organisent-ils leur perception de ces situations de souffrance ? Nous avons retrouvé deux axes d'organisation qui ont chacun un certain intérêt mais qui révèlent l'un comme l'autre, nous allons le voir, une impasse professionnelle ou, en tout cas, une difficulté extrême.

Axe 1 : Du mal-être à la maladie mentale

La zone de la souffrance psychique et du mal-être est en premier lieu décrite comme "bornée" par deux catégories. Les manifestations de la souffrance psychique se distribueraient alors entre ces deux bornes, sur l'axe suivant :



²⁸ Nous reprenons ici la terminologie définie dans le cadre de la convention de recherche pour désigner en même temps les acteurs du champ social et ceux du champ explicite du soin.

L'axe 1 distingue deux pôles de références dont les acteurs santé se représentent qu'ils encadrent et délimitent la zone de la souffrance psychique. Il y aurait d'un côté la *maladie mentale*, de l'autre la *le mal-être* ; un couple qui rappelle l'opposition normal/pathologique, sans pour autant s'y superposer. Quand les acteurs santé évoquent des situations d'usagers ou de patients, il semblerait qu'ils placent spontanément les signes de la souffrance à différents endroits intermédiaires sur cet axe. Ces signes repérés ferait sens à l'intérieur de cette *polarité*.

Les souffrances ne se manifestent pas de la même manière d'une situation à l'autre, parfois aiguës, parfois sourdes, ... Et les acteurs du champ social associent, dans leurs représentations, certains signes qu'ils " tirent " dans le sens de la maladie mentale référée au vocabulaire médical ; ou dans le sens du *mal-être* entendu comme la précarité ordinaire, une forme de vulnérabilité (qui n'empêche pas de vivre) en réactivité à l'environnement. Les acteurs santé énoncent ainsi que la souffrance psychique n'est pas un extrême mais plutôt une entité intermédiaire dont ils ont la charge.

Pour les acteurs du champ social, les signes qui " font penser " à la maladie sont extrêmement hétérogènes : les troubles du comportement interprétés comme " du délire ", " de la persécution " ; l'impossibilité de communiquer de façon cohérente ; le fait de dénier sa souffrance ; se montrer violent ; la crise, l'urgence ; la répétition ces manifestations (chronicité) ; la dépendance alcoolique ou toxicomaniaque. De fait, ces manifestations sont « casées » du côté de la maladie, *l'acteur a le sentiment de ne plus pouvoir exercer son métier*, souvent lorsqu'il ressent un sentiment d'étrangeté vis à vis de l'usager, lorsqu'il ne peut plus s'identifier à lui.

D'autres signes l'amènent à penser que la personne " tient encore debout ", que sa souffrance est à authentifier mais comme une manifestation ordinaire, non-pathologique : les personnes " repliées sur elles-mêmes ", " un peu dépressives " ; le mal-être ; le découragement, l'inhibition ; la honte ; le fait que ces manifestations soient ponctuelles ; avoir une attitude déviante (agressions, provocations, vols, mutilations, prostitution,...) ; communiquer en étant constamment pris dans l'affectif, l'émotion (pleurs). *Ces manifestations de la souffrance psychique restent dans le cadre de l'écoute professionnelle et n'empêchent pas l'exercice professionnel*. L'acteur reste en mesure de s'identifier à la personne qu'il reçoit et accompagne, elle ne lui semble pas " étrangère ". Dans cette logique, le pathologique est défini comme ce qui dépasse les capacités relationnelles de l'aidant, comme une situation de « crise » ou « d'urgence », par exemple.

La difficulté à " caser " les manifestations de la souffrance psychique se joue particulièrement par rapport aux *situations de passages à l'acte suicidaire*, concernant majoritairement le public " jeune " ce dont témoignent les agents locaux de Médiation ou encore l'Education nationale. Pour ces intervenants, le suicide semble difficile à situer sur l'axe maladie mentale/mal-être. Ces passages à l'acte sont souvent présentés comme " *imprévisibles* " même si les usagers étaient déjà connus et identifiés comme fragiles (" *on le sentait mal* ", " *il était bizarre* " dit un agent local de médiation).

Ce flou caractérise également les *problématiques de dépendance*. La dépendance (alcoolique, toxicomaniaque ou médicamenteuse) est fréquemment citée par les acteurs comme un signe fort de la souffrance psychique. Peu prises en charge pas les services publics de psychiatrie ou par les psychiatres en libéral, ces manifestations ne semblent pas relever du soin psychiatrique. Les acteurs santé font souvent référence aux centres de cure berjalliens

(CONTACT et SITONI) sur lesquels ils s'appuient alors. Pourtant les liens partenariaux sont inégaux : pour certains ils sont déjà noués, mais il faut sans cesse les raviver²⁹; pour d'autres l'accès des usagers à ces structures ainsi que la pratique d'un accompagnement vers elles posent encore problème³⁰.

Remarques

Une limite importante à cette construction de repères consiste dans le fait que *la souffrance psychique n'est jamais strictement superposable à un des deux pôles de l'axe 1* ; que les acteurs ne sont pas en mesure de diagnostiquer ces situations, à savoir si ce qu'ils repèrent est pathologique ou non-pathologique. Définitivement, *les situations de souffrance psychique reste de l'ordre de l'indécis, de l'indéterminé, de quelque chose (de quelqu'un) auquel on a à se « coltiner » parce qu'il est là.*

En décrivant cet axe, nous rendons compte de la capacité des acteurs à organiser leurs perceptions des signes de la souffrance. Ils établissent effectivement le partage entre ce qui serait en principe traité par la psychiatrie et ce qui est à prendre en charge par le social (mal-être). Il est question d'une représentation non clivée des acteurs dans laquelle la psychiatrie serait articulée -et non prioritaire- au social : “ on ne va pas psychiatriser le social ! ”. Il s'agit plutôt d'un axe continu où la souffrance psychique serait graduée en fonction des signes visibles entre les deux bornes.

Pourtant cette partition et les représentations sur lesquelles elle est construite ne peuvent être validées en l'état, même si les acteurs du champ social sont toujours prudents dans leurs “ diagnostics ”. Trois raisons à cela :

⇒ Premièrement, il n'est pas possible de considérer d'emblée que les signes assimilés à la maladie et ceux assimilés au mal-être, soient correctement distribués. Il existe nombre d'affections non chroniques et pourtant bien pathologiques ; à l'inverse certaines manifestations soudaines ou aiguës, ne signifient pas forcément qu'on soit malade ; le repli dont il est si souvent fait mention, le découragement, peuvent autant signaler des formes pathologiques (comme la mélancolie, la schizophrénie) que des effets de la souffrance psychique hors nosographie. Il en va de même pour le déni de sa souffrance. Catégorisé du côté de la maladie mentale, ce signe n'est pourtant pas une pathologie en soi. Avec la souffrance psychique, on voit bien comment certains signes morbides sont des mécanismes de défense nécessaire pour que la personne “ reste debout ”, mais qui peuvent toujours se retourner contre le sujet et l'affecter.

²⁹ “On travaille beaucoup avec un médecin, avec Contact, avec les travailleurs sociaux. On a eu aussi 2 ou 3 accompagnements très difficiles par rapport à l'alcool y a un an ou deux. Donc y a eu des trucs un peu tabous par rapport à ça. Aujourd'hui c'est des choses dont on parle facilement devant eux. C'est un peu dédramatisé. [...] Ce qui fait que ça change c'est que depuis un bout de temps on accueille aussi des travailleurs sociaux, on invite à manger,... donc les gens ont une certaine connaissance. Quand on parle de CONTACT ils savent qui c'est, ça facilite les orientations ” (Emmaüs).

³⁰ “ A par dire “ tiens y a CONTACT sur Bourgoin, tu peux y aller ”, on peut pas faire autre chose, on peut pas les prendre par la main et les emmener. Nous comme on a un public de passage. Déjà si nous on arrive à repérer si les gens ils ont envie de s'en sortir, des choses comme ça, c'est déjà intéressant de repérer des gens qui sont alcooliques-dépendants. Mais là à part leur dire “ y'a un CONTACT qui existe, je te donne le numéro et l'adresse,... je peux rien faire parce que je connais pas vraiment l'alcoolisme ” (l'ETAPE).

⇒ Deuxièmement, répartir les signes selon cette opposition semble n'avoir qu'une efficacité limitée pour sortir des impasses pratiques. Il n'y a pas de hiérarchie entre les formes de la souffrance et les situations qui sont a priori jugées les plus "bénignes" ne s'avèrent pas plus faciles à travailler que les autres. Mais surtout la particularité de ces signes, c'est qu'ils restent malgré tout inclassables définitivement.

⇒ Troisièmement, une telle répartition relève d'une opération de généralisation des signes pour les inscrire dans des grandes catégories explicatives, ce qui est certes rassurant... mais fait l'impasse sur la *dimension contre-transférentielle* de ces souffrances³¹. En d'autres termes, il faut prendre en compte et rendre explicite les dépôts de souffrance du côté des acteurs du champ social et les conséquences liées au fait de devenir dépositaire (même involontairement) de la souffrance psychique. La dimension contre-transférentielle est fondamentale pour saisir la souffrance psychique en tant qu'elle est d'abord un facteur de trouble et de mise en souffrance de la relation entre les protagonistes.

Extraits d'entretiens :

" Est-ce que la souffrance psychique c'est de la maladie ? ... Je pense que ces situations elles relèvent quand même de la maladie certainement. Entre guillemets parce qu'on sait pas. Moi je sais pas donner de nom sur ces... on se doute qu'y a quelque chose qui va pas mais on sait pas donner de mots sur ces pathologies. Et on sait pas non plus quelle attitude avoir " (CCAS).

" souffrance ou maladie c'est là qu'on a du mal à faire la limite. Et je crois que dans nos rapports avec les soignants, la difficulté elle vient parfois de là. Nous on va dire qu'une personne on peut pas la garder parce que ça va pas. Et eux vont dire " oui mais elle est pas malade, on peut pas l'hospitaliser ". Bon on est sur une frontière qui est floue quoi " (Emmaüs).

³¹ Le **transfert** est généralement abordé dans le cadre d'un dispositif analytique, que ce soit dans celui de la cure individuelle ou dans la prise en charge de groupes. Cette modalité du transfert est celle que S. Freud définit en 1922 : *" Il s'agirait donc d'un transfert de sentiments sur la personne du médecin, car nous ne croyons pas que la situation créée par le traitement puisse justifier l'éclosion de sentiments. Nous soupçonnons plutôt que toute cette promptitude affective a une autre origine, qu'elle existait chez le malade à l'état latent et a subi le transfert sur la personne du médecin à l'occasion du traitement analytique "* (1922, p. 461).

Comment parler du transfert dans un cadre extra-analytique ? S. Ferenczi (1909) a étendu le transfert à toutes les relations humaines. En appui sur H. Ezriel (1950) reprenant S. Freud, nous pouvons dire que la situation transférentielle n'est pas propre à la relation thérapeutique, mais qu'elle existe à chaque occasion qu'un sujet en rencontre un autre.

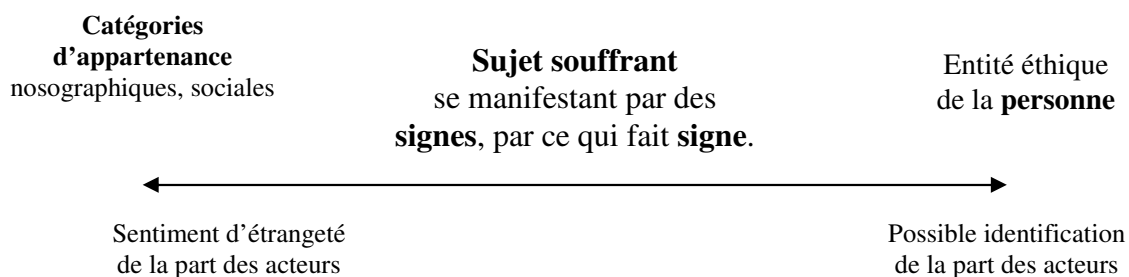
Le transfert recouvre l'action de *" porter d'un temps à l'autre, d'un lieu à l'autre, une émotion, des fantasmes, des idées, ..., des modèles de relation "* (S. Resnik, 1989, p. 9). Le transfert a donc une dimension relationnelle dans sa valeur de mécanisme de déplacement d'un objet psychique. Il faut donc un contenant pour permettre au patient, même et surtout dans une confusion d'identité, de s'entendre et de se sentir exister. Comme le dit P. Aulagnier le thérapeute devient alors " L'oreille de celui qui parle ".

Le transfert, c'est le fait de déposer « en » l'autre, dans son appareil psychique des éléments psychiques – qui n'ont parfois pas de formes précises pour la conscience du sujet qui dépose. Et ce sont ces éléments que le receveur (réceptacle des dépôts de nature psychique : histoire personnelle, souffrance, plainte, émotion...) saisit comme *l'existence de l'étranger en lui-même, à la fois lui appartenant et n'étant pas lui*. Cette manière de comprendre le transfert (le fait de déposer) n'est pas généralisable à toutes les formes de transfert, mais rend bien compte de ce que l'on peut observer dans le cadre de ce travail.

Par conséquent, la souffrance psychique fait problème aux acteurs santé qu'elle soit paroxystique ou non. Les aidants sont parfois aussi démunis lorsqu'ils sont face à "un paranoïaque pour lequel il y a eu un diagnostic posé" ; lorsqu'ils interviennent auprès d'une jeune femme en situation de rupture conjugale ou encore auprès des retraités migrants honteux de leur propre condition (témoignage du foyer Marhaba), ceci alors même que ces trois situations sont associés à la souffrance psychique. *Mais surtout, le problème* qui embarrasse le plus les acteurs n'est pas tant celui de la nature de la souffrance, mais plutôt *celui de l'action sociale qu'ils peuvent ou non mener avec les sujets en souffrance*. Ceci suppose alors, en préalable à l'action sociale - à sa continuation ou à son arrêt - un travail d'analyse des ces formes différenciées de la souffrance psychique et de ce qu'elles font vivre aux intervenants qui en deviennent les dépositaires³².

Axe 2 : La souffrance catégorisée et la souffrance faite personne

Un deuxième axe semble être construit par les acteurs santé pour se repérer dans les manifestations de la souffrance psychique. Si l'axe 1 est conçu comme une gradation de la souffrance psychique, l'axe 2 en est une forme "problématisée". Dans l'axe 2, on voit apparaître "le sujet" autour duquel l'axe est organisé. Le sujet souffrant est alors situé au centre d'une double problématique : d'une part celle de la catégorisation (catégories sociales ou catégories nosographiques) ; d'autre part celle qui l'inscrit dans un questionnement éthique au travers de la figure de la *personne*.



D'un côté, ce sont les catégories nosographiques (classifications médicales) ou les catégories sociales (administratives, d'ayants droits, des dispositifs de l'action sociale, les classes sociales...) qui permettent d'intégrer le sujet à un groupe d'appartenance dont il devient "un cas", "un représentant".

De l'autre, la figure de la *personne* désigne cette façon de qualifier les individus à partir de leur dimension *singulière*. La *personne*, avons nous déjà noté dans le rapport intermédiaire, recouvre une entité éthique qui inspire le respect, neutralisant quelque chose de

³² E. Pichon-Rivière (1971) propose de différencier le Déposant, le sujet qui dépose, du Dépositaire, le réceptacle du contenu déposé, le Déposé. La Déposition est le mode de dépôt, conscient ou inconscient, d'un contenu psychique dans un espace Dépositaire (environnement, groupe, personne). Lorsqu'il s'agit d'une personne et dans le cadre d'une activité professionnelle (relation d'aide sociale et relation soignante), le dépositaire est un lieu approprié (en tant qu'espace psychique) parce qu'il se prête au dépôt dans le cadre du contrat explicite interpersonnel avec l'utilisateur. Le dépôt devient polluant lorsqu'il reste brut, non symbolisé, du côté du Déposant et du côté du Dépositaire s'il n'est pas analysé.

trop lourd, de stigmatisant comme pourrait l'être la "catégorie", la "classe sociale". L'emploi de cette dénomination par les acteurs santé renverrait alors peut-être à la volonté de dégager le sujet social du poids du social, de dégager le malade du poids de la maladie (en tant que stigmatisation).

Nous précisons qu'il n'y aurait pas recouvrement à l'identique entre cet axe et le précédent : le mal-être n'affecte pas les seules *personnes*, elle peut autant être associée à des groupes sociaux (familles précaires, chômeurs, qu'à des groupes de malades) ; la psychopathologie peut être supposée ou diagnostiquée mais l'intervenant va favoriser le caractère singulier de l'usager, caractère sur lequel il va concentrer son action sociale ou thérapeutique.

La souffrance psychique, entité hybride, rend là encore complexe l'opération qui consisterait à situer les manifestations qui la traduisent et les situations auxquelles elle renvoie.

En premier lieu, d'un côté de cet axe, les acteurs ont quelques difficultés à rattacher les individus souffrants au pôle des catégories. Nous ferons plusieurs remarques à ce sujet :

⇒ Pour un intervenant quel qu'il soit, classer³³ les individus souffrants dans une catégorie -celle qui correspondrait à un public-cible de son action- devient de plus en plus complexe. Par exemple, pour les soignants comme pour les sociaux, la souffrance psychique touche désormais des populations sociologiquement très diverses. De plus, il apparaît que les usagers sont engagés simultanément dans différentes filières (soin, action sociale, insertion,...).

⇒ Cette hétérogénéité des souffrants est affirmée du côté des soignants qui indiquent que leur "clientèle" s'est considérablement diversifiée depuis quelques années, "les psy" étant plus médiatisés et faisant moins peur. Ils voient également dans ces demandes de consultation, un effet de la précarisation de l'environnement ; notamment lorsque le travail n'est plus, pour les personnes, un lieu de reconnaissance statutaire et identitaire (« travailleurs précaires »). Ils rejoignent ici certains acteurs comme ceux de la Mission Locale qui doivent, en quelque sorte, « lutter » avec des jeunes fortement attirés par le travail en intérim (« tout, tout de suite »), mais fragilisés par ses conditions d'emploi (contrats courts, variation des ressources...) pour maintenir le projet d'une formation permettant d'accéder à un emploi stable.

Pour les intervenants sociaux, la souffrance psychique concernerait plutôt des populations précaires, les usagers traditionnels des services sociaux, (Rmistes, chômeurs, cas sociaux). Mais ceci est contre-balancé par l'orientation majeure donnée à l'action sociale depuis l'avènement du chômage de masse et l'effondrement du mythe de la pleine insertion. A savoir que l'action sociale est désormais d'abord et avant tout un travail sur le lien avec les individus désaffiliés ; des individus qui sont pris dans des phénomènes objectifs et subjectifs d'exclusion (auto-exclusion³⁴ de soi-même, narcissisme négatif...),

³³ Nous rappelons que le classement est une activité logique naturelle et nécessaire à l'intelligibilité des situations.

³⁴ Le syndrome d'auto-exclusion est "une solution qui consiste, littéralement, à sortir de soi-même, comme un retournement en doigt de gant ; s'exclure de soi pour ne plus souffrir, sortir du désespoir, de l'agonie, de

qu'il faut "aller chercher" et avec lesquels le travail social ou d'insertion suppose la prise en compte de la singularité, de la dimension psychique en tant qu'elle conditionnerait la possibilité pour la personne de s'engager dans une dynamique d'insertion. C'est ce qu'énonce et légitime la notion de "relation d'aide à la personne", qui traduit le passage d'un idéal "éducatif" (insérer, adapter, améliorer, ...) à une **logique du maintien** ("éviter que l'individu ne se casse").

⇒ Les entretiens, mais également les ateliers, ont été l'occasion de saisir ces difficultés ; les intervenants sociaux déclarant être gênés lorsqu'ils ont l'impression de "mettre les gens dans des cases", l'orthodoxie étant de nature à figer la relation et le travail d'aide. Et les psy les rejoignent d'une certaine manière lorsqu'ils dénoncent certaines dispositions légales comme le PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information), qui contraint les praticiens à ranger, à classer les patients dans des groupes de malades pour des soucis d'évaluation et d'économie (entretiens CMP).

En second lieu (à l'autre bout de l'axe), quand les catégories ne satisfont plus, c'est ici qu'il est alors question de l'usager et tant que *personne*³⁵ ; que la souffrance psychique est authentifiée comme une affection dont on ne peut pas vraiment dresser un tableau clinique ou social car elle a d'avantage à voir avec le parcours d'une vie, la dimension de *l'expérience* :

" Ici on parle assez peu en terme de diagnostic, mais on parle aussi peu en termes de description clinique. On est peu dans une sémiologie psychiatrique. Vous assisteriez à une de nos réunions... c'est assez pauvre en terme de sémiologie. On parle simplement des gens : " voilà telle personne a consulté pour telle difficulté au boulot, quand elle s'est présentée à nous..." (CMPA).

"Alors nous praticiens de terrain on repère aussi des groupes de population, mais pas en fonction des pathologies, c'est plus en fonction de trajectoires existentielles à un moment donné" (CMPE).

Remarques

Mais là encore le problème des acteurs santé reste entier car en saisissant les usagers comme des personnes il semble qu'on complexifie l'action. Et si l'usager est devenu

l'effondrement, de la révolte impossible. De ce fait, le sujet ne se sent plus ni dans son corps ni dans sa subjectivité. Il perd ainsi le sentiment de la continuité de son existence, et entre dans un cycle de destructivité, avec des défenses paradoxales très coûteuses qui accélèrent la spirale de l'exclusion. [...] L'auto-exclusion, mécanisme psychique de désobjectivation, est intimement corrélé à l'exclusion sociale qui la précède logiquement en tant que défaillance de l'environnement" (J. Furtos, 2002, "Le syndrome d'auto-exclusion", *Rhizome*, n°9).

³⁵ On remarquera que cette tension entre les catégories (médicales ou sociales) et la dimension singulière de la souffrance fait actuellement débat au delà du territoire de Bourgoin-Jallieu. Le sociologue M. Joubert indique par exemple que le système de catégorisation médicale en vigueur (DSM, CIM), n'est pas à remettre en cause, mais qu'il faut certainement réfléchir sur ses limites dans un contexte de précarité. Ainsi la compréhension de la souffrance psychique comme souffrance vécue suppose une approche multidimensionnelle ; les manifestations de la souffrance psychique aurait moins à voir avec des symptômes qu'avec " *des modes ou canaux d'expression utilisés par les personnes pour rendre compte de ce qu'elles ressentent. Elles sont appréhendées non plus comme des malades, mais comme des personnes exprimant, identifiant, analysant et rendant compte de tension vécues sur une scène sociale* " (Joubert M., 2001, *Séminaire Ville, violences et santé mentale*, Bulletin n°1, DIV, RESSCOM, p. 6.)

inclassable, il est aussi devenu “incassable” au sens où on ne sait plus trop de quel type d’action il pourrait relever.

Il paraît difficile d’engager des actes, de la pratique, quand on se donne comme vis à vis une entité éthique, référée nulle part. Mais il faut surtout ajouter à cela la difficulté bien sentie par les acteurs santé de ne plus pouvoir déterminer “en tant que quoi” ils interviennent auprès d’un usager dès lors qu’ils ne parviennent plus à l’inscrire dans une catégorie d’appartenance. S’il faut travailler sur la dimension singulière du sujet souffrant – autrement dit, tenir compte de la dimension psychique – la question de sa propre identité en tant que professionnel se pose et celle-ci est définie par le métier (même s’il évolue) et le dispositif où il s’exerce.

C’est une caractéristique du cadre de la relation d’aide à la personne que de réclamer de la part des acteurs du champ social qu’ils s’y engagent “en personne” ; c’est à dire en mobilisant leurs ressources propres, leurs expériences, leurs affects, leurs “ressentis”. C’est cette nouvelle normativité de l’action sociale qu’énonce et diffuse dans un rapport une instance comme le Conseil Supérieur du Travail Social en requalifiant l’action socio-éducative dans les termes de “l’intervention sociale d’aide à la *personne*”³⁶. Légitimée, instituée comme norme pratique et principal objet de l’action, la *personne* signe la déconnexion effective des catégories d’appartenance sociales, administratives ou médicales, elle vise à une décontamination des mots stigmatisants.

Or, effet pervers de cette injonction à ne voir que des *personnes*, c’est dans cette configuration de la pratique que l’acteur du champ social semble aussi le plus vulnérable. Il peut alors se sentir *envahis*, être pris dans une forme d’*identification* (“dans une société précaire, la souffrance psychique peut toucher n’importe qui...”). Il n’est plus protégé par son métier, par l’attachement à une profession qui fournit les ressources théoriques et les limites à l’action. Il s’engage dans la relation souvent avec la crainte “d’aller trop loin”, de fragiliser davantage la personne, de commettre “l’irréparable”. Il fait face à la souffrance psychique en n’ayant “plus que lui” en tant que personne (ses émotions, sa spontanéité,...) et non en tant que “professionnel” pour réagir, faire face et tenter d’aider (cf. les situations de confrontation à la mort et celles de confrontation au suicide par exemple, extraits ci-dessous).

Extraits d’entretiens :

" On a eu plusieurs situations de décès d'enfants ces temps-ci, les infirmières sont seules face à la famille, il faut qu'elles gèrent le décès, il faut gérer la famille derrière et après, le lendemain, ça reste comme ça... on n'en reparle pas, les gens sont traumatisés, ils en dorment pas la nuit, ils reviennent au boulot et puis on continue, on reste avec ces poids sur la tête. [...] La souffrance psychique, elle est chez les soignants aussi. [...] Je crois que face à la souffrance elles récupèrent comme elles peuvent, mais rester pro dans ces situations là, c'est difficile. Rester pro c'est être encore en soin, pas plonger avec les familles. On a du mal à aider quand on est mal soi-même" (CH P. Oudot).

³⁶ Conseil Supérieur du Travail Social, 1996, *L'intervention sociale d'aide à la personne*, Ministère du travail et des Affaires Sociales.

"Ma crainte c'est d'être face à une personne qui rencontre de grosses difficultés et un jour d'avoir une parole, une phrase malheureuse, un truc que j'aurais pas dû dire et qui a des répercussions importantes. On a eu sur Bourgoin des cas de suicide; moi depuis, pour certaines situations j'ai envie de dire un truc mais je me pose toujours la question : "est-ce que je peux le dire ? est-ce que c'est mon rôle ? si je me lance est-ce qu'il ne va pas y avoir un autre problème qui va arriver derrière parce que j'ai dit ça ? On a peur de ça, mais c'est aussi dur quand on a rien à dire, on se sent impuissant " (Agents Locaux de Médiation).

Les limites de ces modélisations

Ces deux axes sont proposés ici comme un état des lieux des analyseurs disponibles à propos de la manière dont les acteurs de terrain organisent leur perception de la souffrance psychique. Ils rendent compte des théories explicatives de la souffrance psychique implicites dans la pratique (nous proposons aux lecteurs de les consulter sous une autre forme, voir annexe 7).

Dans la perspective de saisir ce qui est partagé pour tous, nous avons laissé volontairement et temporairement de côté la *conflictualité positive* autour de la thématique de la souffrance psychique ; entendons par là, la nécessaire différence des points de vue, l'usage ou l'interprétation différenciée des mêmes signes au sein de cadres d'action distincts. Il faut donc aller plus loin et interroger la sémiologie commune au regard de points de vue différenciés.

D'abord, les acteurs santé perçoivent donc la souffrance psychique dans une zone complexe, floue, où ils vont repérer des signes qui font sens pour tous. Il y a comme un consensus sur ce qui fait signe et souffrance, et tous peuvent travailler dans un espace commun puisqu'il n'y a plus ni malades, ni bénéficiaires mais « des personnes » avec lesquelles le travail d'aide nécessite de l'acteur qu'il s'y engage « en personne ». On voit bien le bénéfice de cette façon de voir : **la souffrance psychique est opérateur de rencontre entre acteurs de différents champs professionnels**. En rester là contiendrait le risque que cet espace commun « tourne à vide ». Tous les acteurs auraient la même lecture de la souffrance, les mêmes perceptions si on ne redistribuait pas les spécificités des compétences de chaque champ, de chaque métier...

Ensuite, les acteurs ont à l'esprit que cette sémiologie ne peut être un répertoire de signes déconnecté de ceux qui les repèrent. Construire des espaces de travail sur la souffrance psychique repose sur l'expression de la diversité et sur la conflictualité des points de vue. Alors **la zone de la souffrance psychique devient une zone d'enjeu de détermination des limites de l'action de chacun, de la reconnaissance des spécificités professionnelles** ; zone où les manifestations de la souffrance ne font pas sens seulement sur le plan psychologique (intra et inter psychique) mais également sur le plan des dispositifs sociaux dans le cadre d'une politique de santé mentale. Le réseau s'élabore ainsi à partir de la prise en compte des logiques institutionnelles différentes.

Cette *conflictualité positive* et nécessaire au travail en réseau s'est déjà manifestée lors des ateliers de travail (juin et septembre), lorsque les institutions ont pointé leurs différences de regards et d'attentes concernant la prise en charge de la souffrance psychique. Nous rappelons les lignes de partage évoquées à ce moment-là et qui renvoient aux spécificités de chacun :

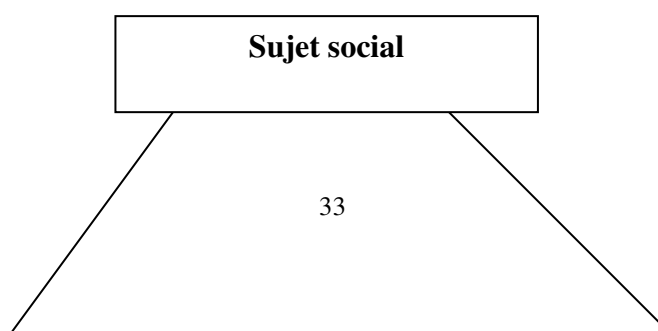
⇒ Un premier débat s'engage entre le service public de psychiatrie et les institutions du social sur *les délais d'accès au soin psychique*. Pour les acteurs sociaux, l'accès au soin psychique ou psychiatrique doit intégrer la question de *l'urgence* ou du moins celle de l'accès rapide à ces services. Pour les acteurs sanitaires, des dispositions existent (comme celles prévues par la loi en cas de crise : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers et Hospitalisation d'Office), mais surtout la demande des délais courts se confronte à la qualité du service de soin proposé. La question de la demande de soin (demande directe de la personne concernée, ou portée par le travailleur social,...) et de sa prise en compte pourrait donc constituer une thématique à débattre dans le cadre du Conseil Local de Santé Mentale (cf. Proposition 1).

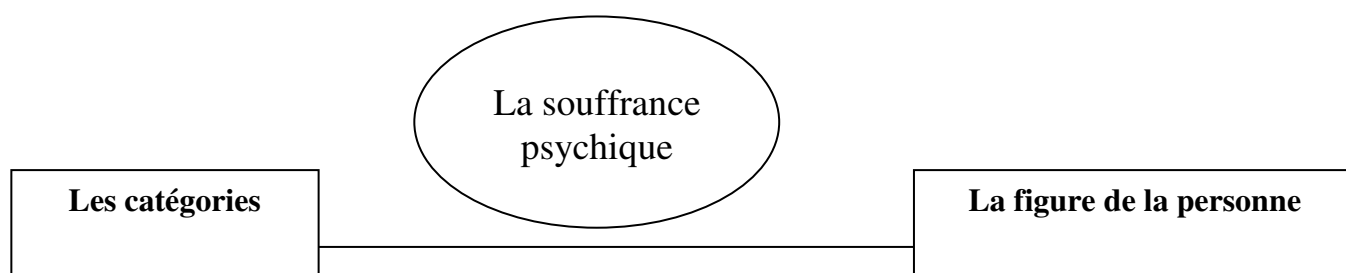
⇒ Un autre débat, celui sur les conduites addictives et les pratiques toxicomaniaques est ramené, notamment, par les acteurs de l'hébergement. Ces problématiques interpellent à la fois le soin psychique et le champ judiciaire. Bourgoin-Jallieu bénéficie de l'implantation de deux centres de soins ambulatoires (SITONI et CONTACT) dont l'action est reconnue par l'ensemble des partenaires. Mais là encore la question de la demande de soin fait problème : le soin suppose une démarche du patient. Il y a donc nécessairement une part de la population qui « échappe » à ces dispositifs ; mais surtout le soin ambulatoire n'empêche pas les problèmes de prise de toxiques sur les lieux d'hébergement (urgence et longue durée) ; ces pratiques étant très souvent *associées à des comportements violents*. C'est là que les acteurs de l'hébergement pointent leur difficulté : que faire avec les personnes « en crise » (prise de médicament, alcool,...) sur les lieux d'hébergement et sur des temps particuliers (nuit, week-end). Ni les services de psychiatrie, ni les services de police se positionnent d'emblée comme opérateur pertinent de prise en charge de ces publics et de ces problématiques. Il y aurait là comme un « vide du réseau », ces publics circulant souvent (« patate chaude ») entre les différents acteurs.

Ne pas oublier le sujet social...

Pour aller dans le sens de cette différenciation des points de vue sur la souffrance psychique, revenons au dernier axe que nous présentions. Sur celui-ci, la pluralité des représentations sanitaires et sociales est « écrasée » sous le poids de la notion de catégorie. De même, du côté de la *personne*, nous avons déjà souligné le risque de voir disparaître le sujet réel, historicisé, au cœur d'une sorte d'entité éthique inabordable : « être une personne » peut amener à « n'être plus personne ». Dans ce cas, la notion de *personne* est elle aussi « totalitaire », elle ne permet pas de retrouver les différentes perceptions de la souffrance psychique propres à des institutions et des acteurs ; elle ne permet pas non plus de penser la rencontre avec un sujet incarné.

Il semble donc difficile de penser dans une telle représentation dualiste. La triangulation du schéma ci-dessous, peut être une voie d'élaboration. Nous proposons de réintroduire la place du sujet social, celui qui est appelé à prendre sa place sur la scène sociale, et qui a une histoire.





Dans ce schéma, la souffrance psychique reste le point central de la préoccupation. Travailler sur la souffrance psychique nécessite de réinscrire la personne dans son histoire personnelle et sociale, en référence aux catégories (nosographiques et sociales), si cela aide. Le sujet social médiatise donc le rapport entre les catégories et la figure de la personne. L'individu n'est donc ni plongé dans des catégories anonymes, ni ramené à une figure éthique désincarnée. Le sujet social est entendu ici comme « celui qui a une histoire » : une histoire sociale, une histoire au sein des groupes d'appartenances en tant que sujet singulier. Cette histoire n'est pas seulement celle des pertes matérielles ou symboliques, celle des traumatismes, mais celles plus globale de la vie sociale de l'individu. Cette histoire est soutenue par une trame narrative mêlant différentes expériences de socialisation (éducation, scolarisation, vie professionnelle, vie familiale, ...). C'est peut-être l'accès à cette « histoire » qui permet le travail d'aide en tant qu'il est nécessairement psycho-social, tenant pour acquis les deux faces du même sujet que chaque intervenant peut aborder à partir de ses objets propres, dans le cadre qui est le sien.

Alors comment faire pour comprendre et agir ?

Il est sans conteste que dans ce nouveau champ de la santé mentale, les repères manquent. Si les grands repères classiques (maladie mentale avérée ou non, difficultés sociales passagères et/ou complexes) fonctionnent encore, ils n'assurent pas toujours un rôle certain de discrimination (au sens de tri) des souffrances psychiques. De plus, il ne semble pas possible d'envisager aujourd'hui que l'un ou l'autres des acteurs tiennent une position « d'autorité » (au sens de « celui qui sait ») dans ce champ alors même que les aidants sont mis en position de répondre à ces situations hétérogènes avec une attitude compréhensive, non expulsive.

Un certain nombre de travaux en cours semblent donner l'idée qu'il faut suspendre pendant un temps les causalités, accepter, ne fut-ce qu'un temps, de sortir de la pensée médicale, sociologique ou politique pour construire une dimension clinique, y compris dans le champ des pratiques sociales³⁷. Cette suspension ne relève pas du seul fait d'un aidant isolé, mais implique le travail collectif, de mutualisation des connaissances et des approches. Cette nécessaire mutualisation n'a pas pour but d'aplanir les différences entre les différents champs d'intervention, ni même entre les différents corps de métier à l'intérieur de ces champs, mais consiste à concevoir un média pour parler ensemble (comme par exemple, la sémiologie repérée) en restant chacun à sa place, et même en définissant d'une manière plus précise ce qui est sa place professionnelle au sein du réseau : c'est à dire que la spécificité se décline aussi en s'articulant avec les partenaires en se distinguant d'eux.

³⁷ Cf. Laval C., 2002, « *Des pratiques éducatives de santé mentale dans le champ de la protection judiciaire de la jeunesse* », Rapport ORSPERE.

Nous avons vu, à travers ces axes, que les intervenants sociaux ont “ appris ” le vocabulaire “ psy ”, autant que les “ psy ” ont appris à tenir compte des objets sociaux³⁸. Chacun des acteurs a modifié son cadre de pratique tout en restant dans une certaine “ pureté professionnelle ”. Mais il y a un reste, car certains usagers apparaissent comme en dehors de ce qu’il est possible de faire dans sa pratique professionnelle, de plus, ils procurent à l’intervenant un malaise, un trouble de l’identité professionnelle, une souffrance portée. Ces usagers ne rentrent plus “ dans les cases ” et les repères alors établis ne servent plus de guide pour la pratique.

C’est dans ce contexte que les uns et les autres doivent mettre en commun les différentes théories de référence qui guident leur pratique pour tenter d’en construire de nouveaux aménagements.

Une logique nouvelle se met en place. Nous sommes en train de comprendre que les situations “ intenable ” ne sont pas forcément les situations “ psychopathologiques ”. La souffrance psychique fait problème en tant qu’elle est une **charge mentale** pour l’acteur “ aidant ” lorsqu’il est (ou mis) en position de recevoir le transfert. Il y a donc un **reste**, malgré l’acceptation de la souffrance comme impondérable du travail social et l’équipement actuel. *Ce reste c’est la souffrance psychique*, mais pas n’importe laquelle, celle qui empêche les usagers de vivre et les professionnels de travailler.

Nous voici, à ce point du diagnostic partagé, directement introduit à la deuxième partie de ce rapport.

³⁸ Il n’y a pas de clinique hors du contexte social. Le contexte social actuel est celui de la précarité. La précarité n’est pas la pauvreté (question du *seuil de pauvreté*), mais la pensée omniprésente de la perte possible ou avérée des *objets sociaux*. Un objet social, c’est quelque chose comme un travail, l’argent, le logement, la formation, les diplômes : on en a ou pas, on peut avoir peur de le perdre quand on en a. Les objets sociaux donnent des “sécurités de base”. L’objet social, “ idéalisé dans une société donnée, en rapport avec un système de valeur et qui fait lien, donne un statut, une reconnaissance d’existence, il autorise des relations, on peut jouer avec lui ” (ORSPERE, 1999). La difficulté commence lorsque certains objets ne vont plus de soi, comme le travail, le salaire particulièrement dans une société salariale à précarisation croissante. Si ces objets ne sont plus disponibles se pose la question de la désillusion, du deuil, ... donc du changement, de la transformation.

DEUXIEME PARTIE : MODELISATION ET PROPOSITIONS

L'indétermination professionnelle et la relation intenable

1. Les pratiques de santé mentale³⁹ à l'épreuve de la souffrance psychique

Nous livrons ici notre compréhension des “façons de faire” des acteurs des deux champs de l'action sanitaire et sociale, en tant qu'ils sont communément engagés sur le terrain de la relation d'aide aux personnes et aux prises avec la souffrance psychique des usagers. En un sens, cette synthèse est **un modèle d'intelligibilité des pratiques**.

Il permet :

- ⇒ De mieux saisir la catégorie de la *souffrance psychique* ainsi que ses formes mineures tel que le *mal-être* ;
- ⇒ De présenter une configuration possible des interdépendances et démarcations entre le “travail social” et les pratiques “psy” ;
- ⇒ De comprendre sous quelles formes et où se logent les difficultés rencontrées par les acteurs des deux champs dans la prise en compte et/ou en charge de la souffrance psychique.

Au final **c'est à partir de ce modèle d'intelligibilité que nous formulons des propositions d'action et ces propositions ne sont compréhensibles qu'en référence à ce modèle d'intelligibilité ; leur contenu s'éclaire à partir de l'analyse synthétique des pratiques de santé mentale que nous proposons ici.**

Il nous semble possible et pertinent de **distinguer trois configurations de la pratique et donc de l'engagement des praticiens dans l'action face à la souffrance psychique**. Ces configurations nous pouvons les imaginer comme des *zones mitoyennes* à l'intérieur desquelles les acteurs mettent en œuvre, ou tentent de mettre en œuvre, certaines compétences (techniques, théoriques, réflexives, articulées à celles d'autrui,...) en réponse à une situation individuelle ou familiale pour laquelle ils sont sollicités.

Ces trois zones sont les suivantes :

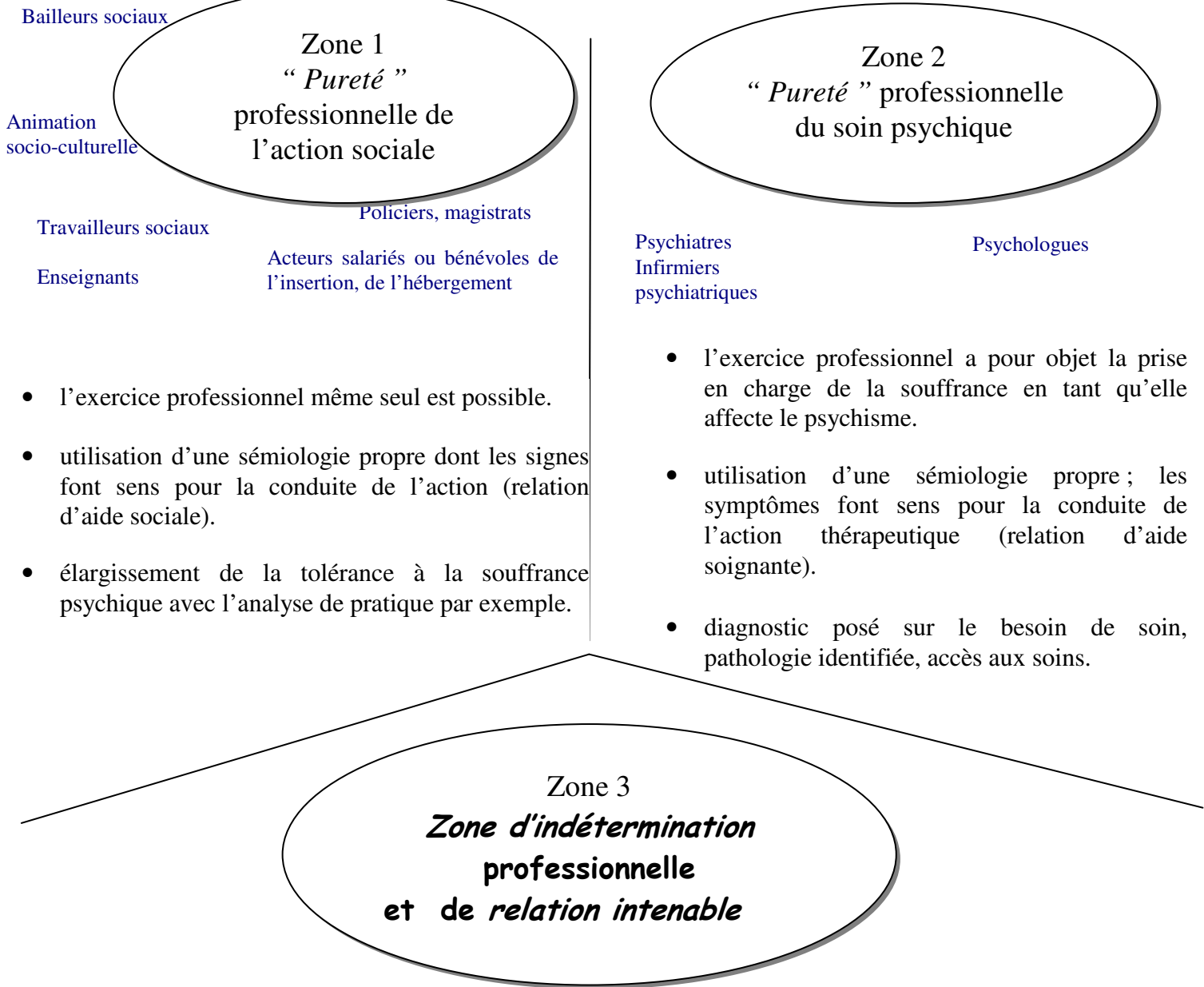
- 1. La zone de “pureté” professionnelle du travail social (au sens large).**
- 2. La zone de “pureté” professionnelle du *soin psychique*.**
- 3. La zone d'indétermination professionnelle et de la relation *intenable*.**

³⁹ Dans le cadre d'un réseau de santé mentale, incluant une majorité d'intervenants sociaux, un certain nombre de pratiques sont à reconnaître comme ayant une visée, une intention de santé mentale. Dans une recherche précédente (Cf. ORSPERE, 1999), C. Laval définissait les pratiques sociales en santé mentale comme « *des pratiques de l'intersubjectivité [...] des pratiques d'élaboration qui lient des personnes à elles-mêmes ou à d'autres personnes (aidantes/ ou aidées)* » (p. 50).

Les qualificatifs utilisés méritent quelques précisions. Nous entendons par “ pureté⁴⁰ professionnelle ”, l’exercice d’une pratique sociale ou soignante défini par un objet et un but clairement identifié. Il s’agit de décrire le travail social ou sanitaire à l’intérieur de son cadre spécifique à partir de ses spécificités. Plus prosaïquement, c’est “ l’exercice pour lequel on est, a priori, formé et payé ”. Nous entendons par “ soin psychique ” le soin fait par les *psychistes* : cliniciens du service public de psychiatrie, psychologues cliniciens exerçant dans ce dispositif ou en dehors. Enfin en parlant d’une zone d’indétermination professionnelle et de la relation intenable, nous voulons suggérer qu’à l’épreuve de la souffrance psychique déposée par les usagers, la relation, jusque là maintenue dans un cadre stable (“ pur ”), peut devenir intenable, insoutenable pour celui-là même qui est censé la faire tenir. C’est ce que nous détaillerons un peu plus loin.

⁴⁰ Quand nous parlons de “ pureté ” professionnelle, nous avons bien conscience que le terme peut choquer au premier abord. Il ne s’agit pas d’une notion morale ; nous désignons ainsi une pratique professionnelle qui existe à partir de contours suffisamment repérables en termes d’identité professionnelle ; ce qui correspond à ce pour quoi on a été formé en y incluant l’évolution des pratiques soutenues par une théorie de la pratique explicite et reconnue.

Des pratiques de santé mentale à l'épreuve de la souffrance psychique



Réseau d'acteurs de Santé Mentale

- La relation telle qu'elle est pose problème aux acteurs de santé mentale.
- Malaise des intervenants au risque de ne plus pouvoir exercer leurs missions.
- Le recours aux autres professionnels est rendu difficile du fait de l'indétermination des signes observés, ou alors "tout est psy". En même temps, ce recours paraît nécessaire dans un réseau de santé mentale.
- Impasse à agir devenant intolérable ; dimension contre-transférentielle de la relation difficilement tolérable.

2. Description des zones

Les zones 1 et 2 sont celles de “ l’évidence ” professionnelle du travail social et du soin psychique. Elles peuvent être décrites en symétrie ; ce qui suggère l’idée d’un espace différencié permettant la compréhension et le travail avec la souffrance psychique. Ces zones de “ pureté ” ont déjà été considérablement réaménagées ces dernières années sous les coups de boutoir de l’expérience et du contexte social. Le développement des pratiques de réseau, la diffusion de l’idée que les pratiques en santé mentale ne concernent pas les seuls soignants, la notion de secret partagé,... Nous avons appelé ces aménagements : “ élargissement du spectre de tolérance ” dans le schéma ci-avant.

Les zones 1 et 2 de “ pureté ” professionnelle montrent un élargissement de la compréhension et de la capacité à supporter la souffrance psychique présent depuis quelques années :

- ❑ Les “ psy ” ont “ appris ” à intégrer le contexte social du sujet, de même que l’importance de l’investissement des objets sociaux dans les prises en charge thérapeutiques à cause des nouvelles demandes des partenaires sociaux, sans oublier la présence, depuis la politique de secteur, d’assistantes sociales et d’éducateurs dans les CMP par exemple.
- ❑ Les acteurs du social ont “ appris ” à avoir une compréhension de plus en plus clinique des demandes sociales et ont “ appris ” à écouter et à recevoir la souffrance psychique du sujet social (fruit du travail en collaboration avec les “ psy ” dans le cadre des supervisions par exemple, évolution de la théorie de la pratique).

Les uns comme les autres ont déjà pris l’habitude de travailler ensemble.

Pourtant, malgré ces élargissements, il reste des situations problématiques où l’action est empêchée, ce que nous avons décrit sous les termes de “ zone d’indétermination professionnelle ”.

Nous laissons la possibilité aux lecteurs de se reporter à l’annexe 3 pour plus de détails sur les zones 1 et 2. En revanche, **nous décrivons la zone 3 plus précisément car c’est elle qui porte la charge de complexité de la confrontation à la souffrance psychique.**

2.1. La zone d’indétermination⁴¹ : la relation *intenable*

La troisième et dernière zone que nous repérons est celle d’une *indétermination professionnelle* ; celle à l’intérieur de laquelle *la souffrance psychique déposée par les usagers devient problématique pour les acteurs sociaux et sanitaires*. Dans cette zone la relation à l’usager ne peut plus être supportée ; l’usager est vu comme “ n’étant plus pour

⁴¹ On peut postuler que chaque métier évolue d’une manière plus ou moins continue, sous l’effet d’exigences internes et de contraintes externes (évolution des demandes, des techniques, etc.) ; en l’occurrence, l’introduction de la souffrance psychique dans le champ de la relation d’aide et de soin entraîne l’exacerbation du phénomène « naturel » de l’indétermination professionnelle. Elle pose autant la question des limites que celle d’accepter un certain niveau d’indétermination.

eux ”. On ne sait d’ailleurs pas vraiment de quel champ il relève : ni assez “ malade ” pour le soin, et trop “ fou ” pour le travail social (cf. la catégorie des “ ni, ni⁴² ”, ORSPERE).

On peut alors faire l’hypothèse que le basculement dans la zone 3 correspond à un renversement de l’ordonnement de la chaîne de sens qui articule des catégories (nosographiques ou sociales) à une sémiologie instituée⁴³ permettant d’authentifier une forme de souffrance psychique ; un ordonnement qui permettait jusque là aux acteurs d’exercer leurs métiers spécifiques. Dans cette zone 3, **la souffrance psychique prend désormais le pas sur les cadres professionnels identificatoires stables.**

La souffrance psychique vient à la fois "surdéterminer" mais aussi "indéterminer" d’abord ce qu’il en est de cette souffrance pourtant repérée (à partir de la *clinique descriptive*) et ensuite ce qu’il en est de l’action à mettre en œuvre (soignante et sociale).

Du côté des acteurs du champ social, il en ressort une impression d’être pris dans une impuissance à agir ; les intervenants vivent alors la relation sur un mode *intenable*. On serait tenté de parler avec eux “ d’enfer relationnel ” pour désigner ces relations où le praticien n’est plus en mesure de lire la situation à partir d’un système de causalité ou de catégories ; ces relations dans lesquelles les acteurs se disent dépassés dans leur rôle et leurs capacités à tenir (faire tenir la relation) : contenir la personne et sa violence (physique, symbolique), contenir la violence que la personne fait naître en soi (ex : la tentation du rejet). L’appel incessant au soin psychique traduit alors quelque chose de l’intolérance contre-transférentielle à devenir dépositaire d’une souffrance intolérable. C’est aussi là où les travailleurs sociaux craignent de perdre la spécificité de leur exercice.

Pour les soignants “ psy ”, ce phénomène est sans doute présent même s’il paraît moins visible. On peut se demander, en effet, si les multiples sollicitations en provenance du “ social ” dont la psychiatrie fait désormais l’objet, ne tendent pas à brouiller les repères de la doctrine et l’exercice du métier. En miroir aux acteurs du social les soignants affirment alors ne pas vouloir “ psychiatriser ” la pauvreté. Peut-être la notion *d’intenable* n’est-elle pas appropriée pour décrire la réaction des soignants “ psy ” confrontés à des demandes sociales où se recouvrent des problématiques connexes mais non assimilables (judiciaire/santé mentale, travail/santé mentale) ? Pour autant la prise en compte, par les soignants, du processus de précarisation et de ses effets psychiques pour les personnes, a aussi pour conséquence de déstabiliser la pratique, obligeant ces acteurs à renouveler leur clinique, à en reconsidérer les indications. Pour les cliniciens, il existe aussi une zone d’indétermination. Elle porte par exemple sur le rapport au champ judiciaire et pas sur le seul lieu du social : un délinquant, un criminel, un récidiviste relève-t-il du soin psychique ? Peut-on travailler dans le cadre sa théorie de la pratique (démarche volontaire du sujet) face à une obligation de soin ?

⁴² La catégorie des “ ni, ni ” rassemble les personnes qui sont “ à la frange ” : ni exclusivement sociaux, ni exclusivement psychiatriques. Cette population ne "dépend" en particulier d’aucune institution, mais elle est caractérisée par la souffrance. Elle vient révéler l’existence d’un espace qui n’appartient à personne mais qui nous interpelle dans nos compétences spécifiques. Alors, comment faire de ces "ni-ni", des "et-et" ? “ Car toute intervention auprès d’une personne isolée ou en rupture sociale se situe à la fois sur un registre social de connaissance des mesures d’insertion et sur un registre clinique de reconnaissance de la personne dans son histoire personnelle ” (ORSPERE, 1999).

⁴³ La sémiologie est l’étude des signes, de leur signification, de leur forme, de leur évolution, de leur sens dans la vie sociale. La sémiologie instituée est le discours sur les signes référencé à une théorie professionnelle explicite.

Ou encore, l'indétermination se pose dans le champ des problématiques de consommation de toxiques : un toxicomane, un alcoolique relève-t-il en priorité du soin psychique ?

En conséquence, si les soignants sont habitués à travailler à partir de la souffrance psychique et des processus transférentiels qui lui sont afférents, ils sont également pris dans une forme d'indétermination professionnelle - qui peut parfois venir empêcher le travail thérapeutique – lorsque la relation de soin est “ embolisée ” par des demandes sociales. On pourrait dire que ce qui est vécu comme *intenable* au front de l'action sociale (la position au front pouvant s'accompagner d'affects pénibles), est perçu comme *inadéquat* du côté des soignants a priori moins exposés.

Pour les “ sociaux ” comme pour les “ psy ”, ce sont les demandes croisées de personnes qui sollicitent “ à contre-courant ” qui génèrent de l'indétermination et posent problèmes : soit que la souffrance psychique envahisse complètement l'espace du travail à partir d'objets sociaux ; soit que les soignants soient investis sur la base de demandes éducatives, ou de demandes de “ gardiennage ” (comportements déviants – toxicomanes n'adhérant pas au soin -, personnes âgées dépendantes orientées vers l'hôpital psychiatrique...).

Pour une meilleure lisibilité de ce qui se joue dans cette zone d'indétermination et de relation intenable, on peut se référer à l'annexe 3.

En décrivant la façon dont la pratique est empêchée dans cette zone d'indétermination nous ne procédons pas à un nivellement des situations. Une part (peut-être pas si importante que cela... ?) des situations de souffrance psychique relèvent effectivement d'une prise en charge soignante, et plus précisément psychiatrique. Dans ce cas, il y a parfois nécessité à ce que cet accès au soin soit très rapide (décompensations, tentatives de suicide...). A ce niveau l'articulation avec les services de psychiatrie doit être structurée ; il y aurait nécessité à penser des dispositifs de “ discrimination ” des signes de la souffrance (à qui revient cette situation ? ces signes relèvent-ils du soin ou non ?).

Pour autant, il nous semble que la question de la souffrance psychique déposée par les personnes sur les lieux du social a d'abord et avant tout à voir avec cet aspect *intenable* que prend telle ou telle relation aidé/aidant, cette *sidération* des acteurs dépositaires de la souffrance psychique. L'importance de la dimension contre-transférentielle dans ce basculement d'une zone de certitude professionnelle à une zone où la relation est intenable fait écho au malaise des aidants à l'origine de ce diagnostic partagé. On peut rappeler les nombreuses demandes de soutien à la pratique sous la forme d'une disponibilité des experts “ psy ” : pour aider les aidants à décoder ces relations et leurs enjeux intersubjectif ; pour élaborer des cadres relationnels structurés (réassurance du professionnel) et structurants (mobilisation psychique des personnes) ; pour aider à discriminer les signes de la souffrance psychique et évaluer l'inquiétude qu'ils suggèrent. Nous sommes ici de plein pied dans l'optique d'une *clinique psychosociale* entendue comme modèle théorique et méthodologique de l'exercice de la relation d'aide aux personnes en souffrance psychique sur les lieux du social.

Par ailleurs, l'indétermination professionnelle vécue dans certaines situations renvoie en écho à la surdétermination professionnelle. La contrainte à rester dans son cadre strict de travail est également une des données qui rend la relation intenable (cf. les mouvements actuels de mesure des actes sociaux comme des actes thérapeutiques avec par exemple la démarche PMSI).

2.2. Vous avez dit « souffrance psychique » ?

La souffrance dont il est question depuis le rapport Lazarus (1995) « *une souffrance que l'on ne peut plus cacher* »⁴⁴ a d'abord été celle des personnes précaires confrontées à la politique sociale d'insertion. Il s'agit d'une souffrance de condition. Sa nature correspond (en partie) à « la souffrance d'origine sociale » décrite par Freud (1929) dans « *Malaise dans la civilisation* » ; il y affirme que les rapports entre les êtres humains occasionnent la souffrance la plus éprouvante du fait de « *la déficience des dispositifs qui règlent les relations des hommes entre eux dans la famille, l'Etat et la société* ». Tout se passe actuellement comme si cette souffrance, jusque là ordinairement déniée, réapparaissait en force comme un mécanisme individuellement vécu et collectivement admis, une souffrance psychiquement vécue d'origine sociale.

La souffrance psychique déborde d'ailleurs les cadres professionnels et envahit chroniquement et spasmodiquement les espaces publics sous forme de comportements dérangeants, voire de violences qui interpellent les politiques.

Au total l'insistance portée à l'individu dans l'évolution des mentalités, dont nous n'analyserons pas ici les causalités multiples, aboutit à la valorisation d'une souffrance individuelle socialement reconnue, qui déborde les confessionnaires de toute nature pour devenir un problème humain là où on ne l'attendait pas.

Dans le contexte actuel, la souffrance psychique n'est pas une maladie en elle-même ; elle est constitutive de « la société des individus » en phase néo-libérale, qu'on le veuille ou non. La souffrance psychique peut même stimuler, aider à résister et à construire : on ne se bat plus si on annule la souffrance ressentie. Il ne s'agit pas de maladie mentale bien que les malades mentaux souffrent aussi. Certaines souffrances empêchent de vivre et donnent une forme de malaise permanent appelé trop facilement « stress » ; elles font perdre la confiance en l'autre et en l'avenir. Un degré de plus, et la souffrance empêche de souffrir, obligeant la personne à s'anesthésier elle-même, à se couper en deux (par clivage), s'amputant ainsi de sa sensibilité et de sa capacité à réagir aux situations d'une manière adéquate. On rentre ici dans une clinique « de la casse », casse de soi, de sa santé, des liens, des projets.

Comment entendre empathiquement cette souffrance sans la réduire à un mouvement compassionnel ? Comment le professionnel (ou le bénévole, dans certaines associations) va rester dans son cadre propre et ne pas se transformer en psychothérapeute à la petite semaine ? Comment enfin ne pas désarticuler cette souffrance de son contexte social, politique, économique ? Telles sont les questions qui se posent à un moment où les savoirs professionnels et profanes, appris et transmis pour vivre ensemble dans la cité et pour utiliser à bon escient les institutions, la relation d'aide et de soins, ne vont plus de soi. Telle est la question qui se pose tout particulièrement dans la zone que nous avons appelé « d'indétermination professionnelle ».

⁴⁴ DIV-DIRMI. Rapport Strohl-Lazarus : « *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher* », 1995.

2.3. Souffrance psychique et zone d'indétermination professionnelle

Ici, la souffrance psychique est le vocable qui sert à désigner des situations très diverses qui ont en commun d'être décalées – voire extrêmes - par rapport à la pratique habituelle des aidants : un homme sortant d'hôpital psychiatrique dont le comportement trouble la structure d'hébergement qui l'accueille ; une famille mère-fils, chez laquelle on a repéré une problématique alcoolique ; une jeune femme qui consulte en CMP épuisée par ses conditions de travail ; un homme dont les propos confus et un fort discours de persécution noient complètement la demande de logement lors d'un entretien au CCAS ; ...

Au-delà de cette dualité entre maladie mentale et mal-être (cf. axe 1), on peut penser des basculements entre ces “ états ” : la vulnérabilité peut se maintenir comme une souffrance qui aide à vivre - ou en tout cas qui n'empêche pas de vivre – si la personne parvient à élaborer des aménagements défensifs par rapport à un environnement précarisé ; ces personnes restent malgré tout en lien avec le monde social, ces défenses pouvant justement servir d'alerte par les autres. Mais cette vulnérabilité peut aussi progressivement amener la personne à déclarer une psychopathologie dont les facteurs sont complexes (traumatisme ancien, accumulation de micro-traumatismes dans le présent, structure psychotique jusque là non décompensée...), mais qui ont certainement en commun de correspondre à l'effondrement, la perte des sécurités essentielles qui sont autant symboliques (thématique de la *reconnaissance*) que matérielles.

Pourtant, plutôt que de chercher à contenir une aussi grande dispersion des formes de la souffrance psychique en essayant d'élaborer une nouvelle catégorie nosographique, une nouvelle “ maladie mentale ”, il nous semble pertinent de repérer ce qui est déjà commun à ces manifestations de souffrance psychique ; ou, si l'on veut, de privilégier la *clinique* (registre de la pratique) à l'*épidémiologie* (registre de la connaissance des ordres de grandeur).

Or, ce qui est commun à ces différentes formes, c'est qu'elles apparaissent majoritairement comme le *dépôt d'un vécu pénible des personnes ; dépôt effectué sur les lieux du social, dans la relation à des travailleurs sociaux, et empêchant le travail des aidants.*

La souffrance psychique ainsi considérée n'est autre que ce dépôt en soi d'une souffrance, qui vient perturber la relation d'aide sociale au point de la rendre intolérable pour l'aidant.

Il s'agit donc d'une définition pragmatique et intersubjective : **la souffrance psychique constitue la part évacuée, dans la relation, de ce qui est subjectivement *non-toléré (éjecté)* par la personne aidée ; et elle devient la part intolérable de la relation portée par le travailleur social.**

Suivant cette lecture, la notion de *psychique* prend un sens un peu différent. **La souffrance n'est pas *psychique* uniquement parce qu'elle aurait à voir avec “ un trouble interne ” du côté de la personne. Elle est *psychique* parce qu'elle oblige le dépositaire de la souffrance à reconsidérer ce qui lui a été “ donné ”, à faire l'expérience de ce que ce dépôt l'empêche d'accomplir son activité sur le mode habituel (l'intolérable c'est ce qui sort des habitudes de travail), à faire l'expérience d'une interrogation sur soi sans renvoyer la cause de ce blocage à la personne souffrante, sans renvoyer le sujet en souffrance à l'extérieur**

de la relation. Le *psychique fait retour* sur l'acteur sanitaire ou social, dans la relation à la personne, du fait qu'il vit et réagit à ce dépôt. Et c'est justement ce *retour* qui paraît complexe à partager avec d'autres acteurs.

Autrement dit, la souffrance psychique peut être définie par ses effets plutôt que par ses causes : elle est le dépôt de ce qui est pénible pour la personne dans la relation d'aide, dépôt qui est vécu comme une charge mentale, un contre-transfert intolérable, pour l'aidant. C'est à cet endroit que les experts du psychisme semblent être convoqués ; car ils seraient en mesure d'apporter aux praticiens de la relation d'aide un modèle de compréhension de l'intolérable, des prises (points d'accroches) pour admettre l'impensable, le " négatif " (la violence, le rejet, la proximité affective,...).

Remarquons en conclusion de cette partie que l'approche de la souffrance psychique en tant que dépôt dans la relation d'aide, dépôt de ce que le sujet n'est plus en mesure de porter seul, dépôt qui peut rendre la relation intenable pour l'aidant, est nécessairement partielle. Nous avons parlons plus haut de la souffrance psychique d'origine sociale ; elle traduit l'option de saisir ici la souffrance psychique à partir d'un modèle relationnel, celui des processus transférentiels. Ce choix théorique permet de déboucher sur des propositions d'action précises en terme d'étayage des pratiques professionnelles et d'aide au diagnostic.

3. Des principes d'action et des propositions pour des pratiques en santé mentale

3.1. Les principes de la pratique en santé mentale : se donner les conditions pour un réseau de santé mentale

Les pratiques de santé mentale s'ancrent sur l'engagement de deux personnes, ou plus, dans une relation professionnelle, au sein d'un dispositif, relation dans laquelle il faut " faire avec " la souffrance psychique dans le but que la personne tienne debout (ne casse pas), dans la construction d'un avenir possible, dans le cadre de l'exercice du métier de l'acteur, des différents métiers des acteurs et de leurs missions propres.

Aussi, du côté du travail social : il s'agirait de faire une place à la dimension de la souffrance psychique, sans la renvoyer d'emblée aux acteurs du soin, ce qui sous-entend la nécessité de légitimer des pratiques de santé mentale pour les acteurs sociaux. La notion *d'acteur*, ne renvoie-t-elle pas à la différence entre agents et acteurs : les " agents " de l'Etat ou des collectivités territoriales sont normalement légitimés de part leur statut ; ces mêmes agents devenant des " acteurs " qui, de plus en plus, ont à " bien jouer " dans le travail pour être légitimés dans le cours de l'action qu'ils mettent en œuvre (cf. note 1, p. 4).

Du côté des psychistes, il s'agirait :

⇒ D'orienter le travail du côté de l'analyse de la pratique, quelles que soient ces pratiques, Donc, d'accepter d'être sollicités dans une place et une fonction de régulation au niveau des équipes de terrain, en « arrière-fond ».

⇒ De maintenir un travail en direct : mise en position d'avoir une théorie de la pratique⁴⁵, prenant en compte les objets sociaux, le social ; remise en question des compréhensions et des approches nosographiques. Sortir de l'idéal de la relation soignante duelle pour accepter l'idée d'un travail dans un réseau, et d'orienter le travail sur la réalité psychique et le sens autour des objets sociaux dans le collectif (réseau).

⇒ De repenser **une théorie de la pratique** en tant que les psy sont tenus de répondre à cette clinique psychosociale d'une manière directe (accès au soin, interface) ou d'une manière indirecte (analyse de la pratique, partenariat, indication de non-intervention...). On leur demande donc de rester garant de la dimension de la réalité psychique à travers la manipulation et sur le support des objets sociaux.

Pour tous :

⇒ Rester dans son cadre propre en tant qu'il est le seul lieu où il est possible d'agir, ce qui sous-entend de connaître et de respecter les compétences et les missions de chacun. La souffrance psychique est précisément une inhibition à agir, elle ne devient " bonne " que dans la mesure où elle permet l'action, voire la création, pas seulement dans une visée d'adaptation.

⇒ Tenir la relation dans son cadre propre de pratique, dans la durée, au risque de voir l'efficacité immédiate de son action différée.

⁴⁵ Tout praticien possède une théorie de la pratique, une théorie du soin, que l'on pourrait aussi appeler " cadre dans sa tête " et qui participe à la construction du *cadre* de la pratique sur le quel s'appuie le cadre concret.

⇒ Accepter la souffrance psychique comme réalité de départ, sans méconnaître le fait psychique, la réalité psychique, même si la clinique psychosociale se présente d'abord par le négatif : sur le mode de l'inversion des demandes (les usagers ne présentent pas par erreur leur souffrance psychique explicite ou implicite à des non psy) ou à travers des demandes sociales normalisées (demander un travail pour être entendu et reconnu dans sa souffrance).

⇒ Si cette souffrance psychique est acceptée, la part de créativité de l'aidant est remise en route et l'usager peut s'étayer sur cette créativité pour amorcer une relance du processus. L'action que peut imaginer l'aidant relève de son cadre propre ou alors il va orienter dans un autre cadre.

L'attitude compréhensive dans le champ du travail social ou psychothérapique n'exclut pas l'action politique et l'action du politique même si une ligne de différenciation entre attitude compréhensive et action publique reste posée. L'articulation de ces deux pôles indissociables reste l'enjeu le plus difficile de la clinique psychosociale. C'est pourquoi il est impératif de réfléchir à une politique de santé mentale qui permettrait de penser cette articulation.

3.2. Propositions

Ces propositions ne sont pas « clef en main », elles sont davantage à entendre comme des principes d'orientation de l'action. Elles reprennent d'une part les besoins exprimés des acteurs et d'autre part, tentent de proposer des outils pour penser l'action dans la zone d'indétermination où la relation est intenable.

Nous déroulons ces propositions dans un ordre logique : la première proposition est, pour nous, une instance logiquement prioritaire en tant qu'elle pourrait penser la mise en place et la réalisation des propositions 2 et 3, ou de toute autre proposition à prioriser. Nous proposons l'instauration d'un cadre réglementaire de Santé Mentale, et deux dispositifs à visée clinique, l'une d'expertise communautaire, l'autre plus technique.

Proposition 1 : mise en place d'un Conseil Local de Santé Mentale

Problème :

Comment soutenir territorialement la dynamique entre les partenaires santé engagée avec la thématique de la présente étude-action et mettre en œuvre une politique locale de santé mentale ?

Proposition d'action :

Un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM)

- ❑ **Cadre législatif** : Circulaire DGS 2030 du 12 décembre 1972 ; Circulaire n° 90-S du 14 mars 1990 ; Circulaire n° 70 du 11 décembre 1992 .
- ❑ **Définition** : Instance décisionnelle à dimension de politique locale ayant pour but de prioriser et de rendre légitime des projets en santé mentale.
Instance de rencontre partenariale sur le thème de la *santé mentale*, entendue comme un champ d'action transversal associant les spécialistes de la santé, les acteurs sociaux de la communauté, en lien étroit avec les collectivités territoriales – notamment la Ville.
Outil pour une organisation et une coordination au plus près des besoins de la population.
Moyen de mobiliser les complémentarités et de résoudre les difficultés de coopération entre les équipes du secteur psychiatrique et leurs partenaires.
- ❑ **Objectifs** : Créer une instance réglementaire à l'échelle locale pour traiter des questions de santé mentale ; une instance communautaire ayant autorité pour **élaborer et concrétiser des projets ou dispositifs** contribuant à une meilleure prise en charge des problématiques de santé mentale à l'échelle du territoire.
Réunir les intervenants de la communauté formant ainsi un réseau des acteurs de santé mentale.
Connaître le rôle de chaque professionnel et de chaque institution et contribuer ainsi au développement des liens entre les différents acteurs.
- ❑ **Composition** : L'implication des élus locaux est évidente à Bourgoin-Jallieu, la ville étant à l'initiative de ce diagnostic partagé. La ville est l'un des pôles de cette instance au même titre que : les services publics de psychiatrie, les partenaires représentants du champ sanitaire et social (Conseil Général, Education Nationale, insertion, logement, association...), le judiciaire, les services de police et des représentants d'usagers (ce qui correspond en partie au comité de pilotage actuel constitué pour ce diagnostic partagé).
- ❑ **Mise en place** : A partir de la définition du *territoire pertinent* couvert par le Conseil Local de Santé Mentale (par exemple, à partir des indications données dans ce rapport).
Lister/cibler les thèmes que le Conseil Local de Santé Mentale souhaite aborder.
Définir les modalités de fonctionnement du CLSM : commissions, groupes de travail, périodicité des réunions (mensuelle, trimestrielle,...), le lieu de rencontre.
- ❑ **Fonctionnement** : Pas de financement spécifique. Pas de structure juridique particulière ; le cadre légal est donné par les circulaires mentionnées ci-dessus, et il est adaptable aux conjonctures locales.

Cette instance repose surtout sur l'engagement des différents partenaires concernés par la santé mentale, elle suppose une démarche participative de l'ensemble des institutions du territoire.

Organiser la réflexion autour des thèmes définis en fonction des préoccupations locales du moment : soutien aux acteurs de terrain, réflexion sur la pratique, accès aux soins, les problématiques de dépendance, le suicide, les personnes âgées, les adolescents et jeunes adultes...

La proposition de la mise en place d'un Conseil Local de Santé Mentale sur le territoire de Bourgoin-jallieu répond à un certain nombre de manques et de besoins des acteurs abordés précédemment (cf. 1.3. Manques et besoins des acteurs).

En effet, lorsqu'ils demandent des formations complémentaires aussi bien pratiques que théoriques, le CLSM peut être l'instance qui fait remonter ces besoins de formation et qui discute de leur pertinence, voire qui organise leur mise en place en articulation avec les institutions compétentes localement.

De même, le CLSM, dans sa dimension locale, est l'instance où se discutent et sont évaluées toutes les « demandes à l'échelle du territoire ». Quelle sera la priorité sur Bourgoin-jallieu par rapport aux demandes de structures nouvelles : des centres de placement et des structures d'accueil de personnes en situations de souffrance avec des horaires d'ouverture permanente, ou des lits d'hospitalisation pour les enfants et les adolescents, ou des dispositifs d'accueil de la « crise » sur les temps morts (week-end, nuit), ou des structures d'hébergement alternatives à l'hôpital psychiatrique pour les personnes âgées, ou bien encore des lieux dits de « rupture » pour soulager les institutions qui accueillent en permanence, ...

Le CLSM, regroupant les partenaires locaux à différents niveaux peut d'une part discuter de ces demandes relevées par les acteurs de terrain, en même temps qu'échanger sur l'existant sur le territoire (mutualisation et coordination des dispositifs existants) et peut-être inventer des dispositifs qui répondent à un certain nombre de demandes. Ces discussions et décisions peuvent s'effectuer dans le cadre de sous-groupes de travail thématiques, dirigés sur la réflexion d'un dispositif en particulier ou d'un public ciblé comme prioritaire.

Proposition 2 : Une expertise collective

Problème :

Comment soutenir un ou plusieurs acteurs de santé mentale dans une relation intolérable, qui peut conduire à des situations d'impasse pratique et parfois à l'isolement ?

Proposition d'action :

Un groupe-ressources communautaires

- ❑ **Groupe** inter-institutionnel et inter-disciplinaire, réunissant les **acteurs intervenant “ en première ligne ”** dans les différents champs.
- ❑ **Groupe-ressource** : espace d'élaboration d'une **expertise collective des situations concrètes** d'indétermination professionnelle et d'intolérance à la souffrance psychique ; espace communautaire de **partage** et de **mobilisation du réseau**. **C'est de la différence des points de vue et des expériences que peuvent naître des idées de dégagement d'une situation en impasse.**
- ❑ Espace distinct des supervisions institutionnelles
- ❑ **Cadre externe** (organisation, planification, évaluation, financement,...) garanti par une institution de **coordination** à l'échelle du territoire (ex : Service Communal d'Hygiène et de Santé). Il peut se réunir régulièrement ou à la demande d'un acteur, d'une institution, sur un problème particulier.
- ❑ **Cadre interne** (présence, animation, définition des règles de communication et de partage du secret, aide au positionnement professionnel,...) garanti par des **référents-animateurs** mobilisés, dans la continuité, pour ce dispositif. On suggérera une **co-animation mixte** : intervenant du soin psychique/intervenant du champ de l'action sociale, mais incluant nécessairement un animateur référé au soin psychique.

Objectifs secondaires :

- ❑ Réaffilier des attitudes professionnelles “ marginales ” à un cadre collectif. Chacun invente des pratiques décalées selon les nécessités des situations pratiques souvent vécues comme illégitimes. Ce groupe communautaire pourrait faire référence de cadre qui facilite « des manières de faire » adaptées à des situations exceptionnelles ou « à la marge ».
- ❑ Ce groupe peut être le lieu de travail et de définition des limites de chacun en tant que professionnel afin de reconstruire les frontières de son champ d'action, les reconnaître et les faire partager.

Le groupe-ressources communautaires répond également à une partie des « Manques et besoins des acteurs » (cf. partie 1.3. *Manques et besoins des acteurs*) particulièrement autour des demandes orientées vers le travail en partenariat. En tant que groupe, ce dispositif permet de ne pas se sentir seul dans une prise en charge lourde (l'isolement professionnel étant un leitmotiv dans l'enquête), de pouvoir échanger, d'envisager des relais. En tant que lieu d'expertise collective, ce dispositif permet d'adopter une posture réflexive sur sa pratique et sur une situation, « prendre du recul »..., ce qui entre dans la logique des nombreuses demandes de supervision (sans s'y substituer toutefois) en interne, mais également entre institutions.

En tant que groupe inter-institutionnel, le dispositif peut être l'occasion de mettre à plat les fonctionnements institutionnels, ce qui correspond à la demande de mieux connaître le réseau et ses partenaires tout en offrant à cette occasion la possibilité de mener une réflexion de fond sur certains liens entre institutions : par exemple ceux entre les institutions du judiciaire et celles du soin spécialisé (un des points de difficulté relevé par les acteurs).

Une expertise collective de cette nature est en train de se monter dans le réseau « CRETEIL SOLIDARITE » (94000), avec le soutien réflexif de l'ORSPERE.

Proposition 3 : L'expertise spécialisée

Problème :

Comment discriminer les signes de la souffrance psychique, évaluer, au regard de la situation, la nécessité d'un soin psychique ou pas, en urgence ou pas ?

Proposition d'action :

Un dispositif d'aide au diagnostic et à l'accès aux soins

Ce dispositif existe déjà, de manière partielle, à partir du CMPA.

- Dispositif intervenant à l'**articulation** des services de soin psychique et de l'action sociale.
- Dispositif disponible pour les acteurs du social pour **évaluer** une inquiétude sur le plan de la santé mentale à propos d'une situation d'usager, en un lieu à définir.
- Dispositif **passer** entre les services sociaux et les services de soin psychique : aide à la discrimination des signes de la souffrance psychique (les signes " forts ", des " signes faibles ", les états aigus des états compensés) dans l'optique d'une orientation vers un soin approprié et dans un temps pertinent au regard de la personne concernée.
- Dans la mesure où ces interventions pourraient se traduire en termes de diagnostics et d'orientation au soin, l'accès aux services en question devra être interrogé et pourrait faire l'objet d'une démarche de **conventionnalisation** entre les administrations sanitaires et sociales du territoire.

Ce dispositif d'aide au diagnostic et à l'accès aux soins répond à des manques et besoins des acteurs (cf. 1^{ère} partie, 1.3.) particulièrement centrées autour des demandes de « psy » en tant qu'experts du psychisme. En effet, la demande de la disponibilité d'une personne ressource experte du psychisme est apparue fréquemment, particulièrement du côté des acteurs du champ social. La nécessité de discriminer, d'un point de vue diagnostic ce qui revient au soin psychique ou psychiatrique est incontournable pour décider de l'action sociale la plus appropriée à la personne suivie par l'acteur du champ social. De même, le besoin de conseil concernant l'attitude à avoir, voire les mots à dire et à ne pas dire, peut être discuté.

CONCLUSION : Une dynamique locale de santé mentale, un processus en cours...

La plupart des acteurs de Bourgoin-Jallieu sont inscrits dans des instances de coordination ou de partenariat ou de réflexion (commissions, groupe de travail, etc.). En outre, les modalités de travail avec les partenaires passent très souvent par des contacts personnels. Très peu d'acteurs font état de contact avec les partenaires uniquement dans des cadres formalisés. Dans le travail social et sur un territoire restreint, nous pouvons penser que les acteurs se connaissent bien entre eux et ont acquis des habitudes de travail en commun. Restent cependant les questions du “ comment faire intervenir tel ou tel collègue ? ”, ou encore “ comment solliciter telle ou telle structure ? ”.

A partir de la démarche interactive de la recherche se consolide la dynamique locale. En effet nous notons, dans la première partie de ce rapport, un enthousiasme à participer à cette recherche à partir du retour important des questionnaires : 72 % des acteurs répertoriés, hors libéraux, ont participé à la recherche. Cette **forte mobilisation des équipes sur cette thématique** remplit l'objectif fixé de la recherche-action de “ Mobiliser les différents acteurs autour de la question de la souffrance psychique dans l'optique d'enrichir et de structurer le travail en réseau et les pratiques déjà à l'œuvre ”. La mobilisation s'est élargie à d'autres partenaires : policier, travailleur social, acteur de la santé, animateur d'atelier d'insertion... En effet, différents secteurs d'activité répondent au-delà du cadre strict des praticiens de la relation d'aide.

La mobilisation élargie des partenaires santé s'est concrétisée et mise au travail au cours des ateliers de travail à partir de la reprise des deux documents intermédiaires (« Rapport intermédiaire » et « Synthèse et propositions d'action »).

La phase actuelle dans la constitution de cette dynamique locale consiste en un temps d'appropriation clinique des propositions de réflexion et d'action jusqu'à leur mise en œuvre concrète (méthodes, moyens). Un Conseil Local de Santé Mentale serait particulièrement d'actualité, eu égard à la position favorable du réseau de Santé Mentale berjallien, et à la place du dispositif de psychiatrie publique dans ce réseau.

BIBLIOGRAPHIE DE REFERENCE

- Bertolotto F., 2002, “ 20 ans d’expérience locale en santé publique : quelle contribution pour le débat psychiatrie / santé mentale ? ”, *Rhizome*, n°9.
- Bion W., 1962, *Aux sources de l’expérience*, Paris, PUF, 1979, 137 p.
- Castel R., 1981, *La gestion des risques*, éd de Minit.
- Castel R., 1995, *La métamorphose de la question sociale. Une chronique du salariat*, Fayard.
- De Gaulejac V., 1997, *La lutte des places*, Desclée de Brouwer.
- Dodier N., 1993, *L’expertise médicale*, éd. Métailié.
- Freud S., 1912, “Sur la dynamique du transfert” in *Œuvres complètes*, XI, Paris, PUF, 1998, pp. 107-116.
- Freud S., 1922, “Remarques sur la théorie et la pratique de l’interprétation du rêve” in *Oeuvres complètes*, XVI, pp. 167-179.
- Furtos J., 2000, “ Epidémiologie de la clinique psychosociale (la scène sociale et la place des psy ”, *Pratiques en santé mentale*, n°1.
- Furtos J., Lahlou J., 2001, “ Souffrance devant la précarité du monde (pourquoi une clinique psychosociale ?) ”, *Confrontations psychiatriques*, n°42, pp. 173-188.
- Furtos J., 2001, “ Précarité du monde et souffrance psychique ”, *Rhizome*, n°5.
- Furtos J., 2002, “ Le syndrome d’auto-exclusion ”, *Rhizome*, n°9.
- Girola C., 1996, “ Rencontrer des personnes sans abri ”, *Politix*, n°34.
- Ion J., 1998, *Le travail social au singulier*, Dunod.
- Ion J., 2000, “ Faire du social sans social ? ”, in *Ce qui nous relie*, (sous la direction de) A. Micoud et M. Péroni, éd. De l’Aube.
- Joubert M., 2002, “ Une approche sociologique de la santé mentale ”, *La santé de l’homme*, n°359.
- Laval C., 2002, « Des pratiques éducatives de santé mentale dans le champ de la protection judiciaire de la jeunesse », Rapport ORSPERE, *Les Cahiers de Vaucresson*, à paraître.
- Massé R., 1995, *Culture et santé publique. Les contributions de l’anthropologie à la promotion et à la prévention de la santé*, G. Morin
- ORSPERE, CERPE, 1998, *Souffrance psychique et précarité. Enquête dans un quartier d’habitat social*, DDASS de l’Ain.
- ORSPERE, 1999, *Points de vue et rôles des acteurs de la clinique psychosociale*, FNARS Rhône-Alpes.
- ORSPERE, Economie et Humanisme, 2000, *RMI, souffrance psychique et précarité sur le bassin annecien. Accès aux soins et aide aux aidants*, DDASS de Haute-Savoie
- Strohl H., Lazarus A. (sous la direction de), 1995, *Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale. Une souffrance qu’on ne peut plus cacher*, DIRMI, DIV, DDASS, DGS.

GLOSSAIRE

Le dépôt psychique

Cette notion de dépôt psychique fait référence à celle de **capacité de rêverie maternelle**, développée par W. Bion (1962). Elle est une reconnaissance de ce savoir-faire intime spécifique de l'activité maternelle. Selon cet auteur, la mère, attentive et tolérante aux besoins, à la détresse, à la colère de même qu'à l'amour du nourrisson, détouille les émotions du bébé, "éléments bêta", les convertit et lui retourne les "éléments alpha" pourvus d'une signification qui apaise l'enfant. Les éléments bêta, informes, bruts, pour l'enfant, sont « interprétés » par la capacité de la mère à imaginer ce qu'il peut ressentir. Elle accepte en elle, pour un temps, le dépôt de ces éléments, toxiques pour l'enfant s'ils n'étaient pas transformés en éléments alpha empreints alors de sens et de langage. La rêverie est un état d'esprit capable d'accueillir les identifications projectives du sujet, qu'elles soient ressenties par lui comme bonnes ou mauvaises. Elle est aussi la source psychologique de transformation des sensations et sentiments projetés en éléments assimilables, rendus plus tolérables pour la psyché par le sentiment d'être compris. L'intériorisation progressive de ces "éléments alpha" sera à l'origine de "l'organe de la conscience" de l'enfant, alors disponible à la pensée, à l'activité de pensée symbolique.

Etre dépositaire de la souffrance psychique :

Pichon-Rivière (1971) propose de différencier le Déposant, le sujet qui dépose, du Dépositaire, le réceptacle du contenu déposé, le Déposé. La Déposition est le mode de dépôt, conscient ou inconscient, d'un contenu psychique dans un espace Dépositaire (environnement, groupe, personne). Lorsqu'il s'agit d'une personne et dans le cadre d'une activité professionnelle (relation d'aide sociale et relation soignante), le dépositaire est un lieu approprié (en tant qu'espace psychique) parce qu'il se prête au dépôt dans le cadre du contrat explicite interpersonnel avec l'utilisateur. Le dépôt devient polluant lorsqu'il reste brut (cf. éléments bêta) du côté du Déposant et du côté du Dépositaire s'il n'est pas analysé.

Les objets sociaux

Il n'y a pas de clinique hors du contexte social. Le contexte social actuel est celui de la précarité. La précarité n'est pas la pauvreté (question du *seuil de pauvreté*), mais la pensée omniprésente de la perte possible ou avérée des *objets sociaux*. Un objet social, c'est quelque chose comme un travail, l'argent, le logement, la formation, les diplômes : on en a ou pas, on peut avoir peur de le perdre quand on en a. Les objets sociaux donnent des "sécurités de base". L'objet social, "idéalisé dans une société donnée, en rapport avec un système de valeur et qui fait lien, donne un statut, une reconnaissance d'existence, il autorise des relations, on peut jouer avec lui" (ORSPERE, 1999). La difficulté commence lorsque certains objets ne vont plus de soi, comme le travail, le salaire particulièrement dans une société salariale à précarisation croissante. Si ces objets ne sont plus disponibles se pose la question de la désillusion, du deuil, ... donc du changement, de la transformation.

Le syndrome d'auto-exclusion :

Le syndrome d'auto-exclusion est "une solution qui consiste, littéralement, à sortir de soi-même, comme un retournement en doigt de gant ; s'exclure de soi pour ne plus souffrir, sortir du désespoir, de l'agonie, de l'effondrement, de la révolte impossible. De ce fait, le sujet ne se sent plus ni dans son corps ni dans sa subjectivité. Il perd ainsi le sentiment de la continuité de son existence, et entre dans un cycle de destructivité, avec des défenses paradoxales très coûteuses qui accélèrent la spirale de l'exclusion. [...] L'auto-exclusion, mécanisme psychique de désobjectivation, est intimement corrélé à l'exclusion sociale qui la précède logiquement en tant que défaillance de l'environnement" (J. Furtos, 2002, "Le syndrome d'auto-exclusion", *Rhizome*, n°9).

Transfert et contre-transfert

Le transfert est généralement abordé dans le cadre d'un dispositif analytique, que ce soit dans celui de la cure individuelle ou dans la prise en charge de groupes. Cette modalité du transfert est celle que S. Freud définit en 1922 : "Il s'agirait donc d'un transfert de sentiments sur la personne du médecin, car nous ne croyons pas que la situation créée par le traitement puisse justifier l'éclosion de sentiments. Nous soupçonnons plutôt que toute cette promptitude affective a une autre origine, qu'elle existait chez le malade à l'état latent et a subi le transfert sur la personne du médecin à l'occasion du traitement analytique" (1922, p. 461).

Comment parler du transfert dans un cadre extra-analytique ? S. Ferenczi (1909) a étendu le transfert à toutes les relations humaines. En appui sur H. Ezriel (1950) reprenant S. Freud, nous pouvons dire que la situation

transférentielle n'est pas propre à la relation thérapeutique, mais qu'elle existe à chaque occasion qu'un sujet en rencontre un autre.

Le transfert recouvre l'action de "porter d'un temps à l'autre, d'un lieu à l'autre, une émotion, des fantasmes, des idées, ..., des modèles de relation" (S. Resnik, 1989, p. 9). Le transfert a donc une dimension relationnelle dans sa valeur de mécanisme de déplacement d'un objet psychique. Il faut donc un contenant pour permettre au patient, même et surtout dans une confusion d'identité, de s'entendre et de se sentir exister. Comme le dit P. Aulagnier le thérapeute devient alors "L'oreille de celui qui parle."

Le transfert, c'est le fait de déposer « en » l'autre, dans son appareil psychique des éléments psychiques – qui n'ont parfois pas de formes précises pour la conscience du sujet qui dépose. Et ce sont ces éléments que le receveur (réceptacle des dépôts de nature psychique : histoire personnelle, souffrance, plainte, émotion,...) saisit comme *l'existence de l'étranger en lui-même, à la fois lui appartenant et n'étant pas lui*. Cette manière de comprendre le transfert (le fait de déposer) n'est pas généralisable à toutes les formes de transfert, mais rend bien compte de ce que l'on peut observer dans le cadre de ce travail.

ANNEXES