

Psychologisation de l'exclusion sociale ou socialisation de la pratique psychologique ?

Marie-Claude GEORGE

Psychologue,
Chargée de cours à
l'Institut de psychologie
Paris 5

L'échec des différentes politiques dites « sociales » pour lutter contre l'exclusion a contraint les pouvoirs publics et les acteurs sociaux à identifier et reconnaître la souffrance psychique des « sans » (travail, abri, domicile fixe, papiers etc.) avec la tentation d'en faire une des causes principales. La dimension humaine de la valeur du travail et d'un lieu de vie comme constituant essentiel de l'équilibre d'une personne a été occultée au profit de leur valeur marchande et de leur évaluation économique.

On s'aperçoit un peu tard qu'un revenu minimum d'insertion n'apporte pas la reconnaissance d'une place sociale à part entière de citoyen mais peut engendrer la honte d'être assisté puis la désespérance d'être exclu et l'incapacité de se projeter dans un futur.

Devant ce qui est identifié comme le « syndrome d'exclusion », les travailleurs sociaux et leurs tutelles se tournent vers la psychiatrie publique pour tenter de réduire ce phénomène. Et c'est alors le syndrome dit « de la patate chaude »¹ : comment traiter cet exclu qui résiste au traitement social et se comporte comme un fou ? Où caser ces individus qui ont trouvé leur place dans les interstices laissés libres et n'acceptent pas celle proposée par les institutions ? Pour les uns, ils sont « pour les psy », pour les autres ce sont des « cas sociaux ».

Heureusement certaines équipes de secteur se souviennent que la mission de la psychiatrie de secteur s'enracine dans la lutte contre l'exclusion : il s'agit maintenant à nouveau d'« aller vers la population », « hors les murs », dans la rue... d'inventer et de pratiquer une nouvelle clinique pour tisser du lien avec les exclus.

Parallèlement de plus en plus dans les différents lieux accueillant les personnes en situation de précarité et d'exclusion, des psychologues contribuent au travail d'insertion (CHRS, CCAS, réseau de santé, mission locale, structure associative d'accueil de jour etc.)

Certains s'en inquiètent et craignent que leur soit confié un rôle de dépistage et d'évaluation en vue de déterminer l'adaptation aux critères d'admission dans telle ou telle institution sociale, médico-sociale, sanitaire ou psychiatrique, ce qui résoudrait le problème de l'inadéquation des structures existantes et de la nécessité de leur évolution pour répondre aux problématiques des exclus. Dans cette hypothèse, le psychologue serait mis dans la position de l'expert permettant de résoudre le « syndrome de la patate chaude ».

Ce serait renvoyer les psychologues à la mission qui leur a été confiée au moment de la création de leur profession, au début du 20^{ème} siècle, lorsqu'en tant que psychotechniciens, ils devaient procéder à « l'évaluation scientifique des capacités des individus (...) en réponse à la demande des institutions »², lors de la scolarisation rendue obligatoire, de la réforme du service militaire et de l'application du taylorisme dans l'industrie. H. Marcuse dans « Eros et civilisation » avait considéré que cette profession chargée d'orienter, de contrôler et de sélectionner les individus était l'agent et l'une des manifestations essentielles de « l'idéologie de la société industrielle avancée ». Le psychologue apparaît dans ce contexte comme le détenteur de la clef absolue des déterminismes au niveau des individus au détriment de toute réflexion sur les déterminations sociales. Ce point de vue réductionniste a été



quadrature du cercle

dénoncé sous le terme de psychologisation.

Ce serait oublier l'évolution de la profession, devenue celle du psychologue clinicien, vers l'écoute et la pratique psychothérapique qui, en son heure, avait aussi inquiété. La psychanalyse est alors devenu un cadre de référence théorique et technique. Si certains d'entre eux ont privilégié l'exercice de leur profession dans le cadre traditionnel de la cure analytique, les psychologues cliniciens ont utilisé cette formation et en ont fait une technique en évolution parmi d'autres pour répondre aux problématiques rencontrées auprès des patients dans les institutions. Ceux-ci ont été nombreux à participer à la création des nouvelles pratiques lors de la construction de la psychiatrie de secteur ; d'autres ont pris leur place dans les équipes du secteur social (en faveur de l'enfance, des personnes handicapées etc.) en ayant souvent la mission de créer du lien avec les familles, dans les équipes et avec les partenaires.

Au fil des années, la pratique du psychologue clinicien s'est diversifiée tant auprès des patients (bilan psychologique, psychothérapie, soutien psychologique, prévention), qu'auprès des équipes (coordination institutionnelle, régulation, partenariat, formation).

Dès le début de la mise en place du RMI, les travailleurs sociaux et leurs tutelles ont pris conscience de la souffrance psychique des chômeurs « longue durée » qui pouvait s'exprimer par un rejet violent des programmes de formation scolaires et ne prenant pas en compte leur dénuement et leur détresse ; on a alors fait appel aux psychologues dans le but de rompre leur isolement et de les soutenir dans



la classe

Bibliographie

¹ Jean Furtos, *Epistémologie de la clinique psychosociale, la scène sociale et la place des psy*, Pratiques en santé mentale n°1, 2000

² Marie-Claude George, *Histoire et éthique des psychologues - Neutralité ou contre-pouvoir*, Bulletin de Psychologie tome XLIII n° 394 1989-1990

L'alliance psychologue-psychiatre dans l'espace psychosocial (suite)

A la barre



ces déontologiques voire idéologiques) des professionnels sanitaires et sociaux de la ville.

- Tenter de mieux « contenir » les différents inéluctables, de limiter les paradoxes qui organisent les oppositions entre ces deux champs et qui débouchent habituellement sur le « syndrome de la patate chaude ».
- Étudier et préparer en groupe des réponses concrètes à des situations de terrain appelant la collaboration de plusieurs intervenants et institutions.
- Quand ces situations présentent un caractère répétitif mettant en évidence des lacunes institutionnelles, signaler ces dysfonctionnements et pointer des orientations ou des réponses possibles.

En trois décennies, le psychologue est passé du statut d'objet soignant non identifié, laissant perplexe une génération d'infirmiers, à celui d'expert reconnu, allié indispensable, puis responsable de structures. Rattrapé alors par les joyusetés évaluatives ou procédurales diverses, et pouvant, à l'occasion, avoir recours au conseil technique du psychiatre. Lui reste, peut-être, à parfaire sa compétence dans le domaine de la sociologie.

Englobée dans la machine hospitalière, l'alliance psychologue-psychiatre se structure différemment sur le terrain social, par une sorte d'enrobage de la position médicale dans la plasticité et l'étendue du savoir du psychologue. ■

Psychologisation de l'exclusion sociale ou socialisation de la pratique psychologique ? (suite)

l'élaboration d'un projet. Les psychologues cliniciens ont ainsi participé aux structures d'insertion. On est déjà loin de la représentation traditionnelle du « psy » dans son bureau répondant à la demande du patient. C'est dans la continuité de cette évolution qu'ils sont présents dans les diverses structures d'accueil des personnes en situation de précarité. Déjà en 1997, C. Coulaud écrivait : « Psychologue de rue, ça existe »³.

Ils sont aussi présents en amont dans des associations dont le but est de prévenir les situations de rupture, causes de précarité et d'errance, comme les violences familiales. La pratique du psychologue est non seulement l'écoute mais l'accompagnement psychologique et physique de personnes subissant des violences physiques, psychologiques et des menaces de leur conjoint, pour défendre leurs droits dans des situations de grande angoisse comme le dépôt de plainte et le

témoignage au tribunal. Le plus souvent maltraitées dans leur enfance, ces personnes vivant sous terreur des représailles et dans un grand isolement n'ont pas appris à se défendre et à faire valoir leur droit à être respectées. Les accompagner au commissariat, à un procès en correctionnelle ou aux assises est un étayage nécessaire car elles n'ont jamais le sentiment de pouvoir être crues et protégées mais plutôt d'être coupables. Le lien tissé dans ces moments leur permet de pouvoir affronter le conflit avec l'autre et de ne plus répéter la situation de maltraitance de leur enfance. Il va être le socle sur lequel se construira leur identité de sujet et leur place de citoyen à part entière.

Cette problématique des violences familiales, cause très importante de situation d'exclusion tant pour l'agresseur que pour la victime, n'est actuellement pas l'objet d'une politique de prévention tant sur le plan de la formation que sur celui des moyens

financiers à la mesure de l'importance du phénomène. Toutefois des formations en direction des travailleurs sociaux et des policiers sont assurées par des psychologues.

Pour conclure, les psychologues présents -si peu- dans la rue ou dans les lieux d'accueil, à l'écoute des personnes exclues, se doivent de respecter leurs droits fondamentaux, leur dignité, leur liberté, leur protection ainsi que le recueil de leur consentement et ils sont tenus au secret professionnel (code de déontologie). Ils doivent œuvrer, avec l'accord de l'intéressé, pour un travail en équipe avec les partenaires sociaux et les professionnels de la psychiatrie publique pour que se tisse un lien social, première ébauche d'une place de citoyen. ■

Bibliographie

³ Dossier *Accompagner les exclus*, Le Journal des psychologues