

••• Sur quelques tensions à l'œuvre dans le champ de la santé mentale

Christian Laval

Sociologue,
ONSMF.

Si la construction des professions est une production historique, toute profession est susceptible d'être remise en cause par les évolutions sociétales. Les mutations actuelles du champ de la santé mentale sont en correspondance étroite avec celles de la société contemporaine. Que ce soit à l'échelle transnationale, nationale ou même régionale, un champ d'intervention plus vaste que le traitement médicalisé est en constitution dont l'articulation avec la psychiatrie est encore incertaine quant à son tracé définitif. En France, la loi de santé publique du 9 août 2004 a installé les régions comme des acteurs de prévention et de santé publique.

1. Plusieurs séminaires européens (Belgique, Italie, Royaume-Uni et France) ont été organisés avec le soutien du Conseil régional Rhône-Alpes. Le rapport (oct. 2008) est disponible sur demande.

Dans ce contexte évolutif, il s'avère inadéquat de penser, et de construire des actions de santé mentale dans un sous système de l'entre-soi limité à « celui des psychiatres et apparentés ». La nécessité de repenser la question professionnelle devient un impératif qui s'impose. Les professionnels, mais aussi les usagers, ont besoin d'inventer de nouveaux référentiels pour agir en deçà et au-delà du soin.

Mais si depuis deux décennies, de « nouveaux métiers » sont régulièrement annoncés, leur pratique reste souvent marginale. Certes encore minoritaires, de nouvelles fonctions apparaissent : accompagnateur, coach, facilitateur, helper, chargé de missions, agent de territoire, advocacy, conseiller, développeur, médiateur. Dans le même temps, des métiers plus établis connaissent des réévaluations de leur mission : psychiatres, infirmiers, psychologues, tra-

vailleurs sociaux. De nombreux intervenants de la relation à autrui (associatifs, bénévoles, acteurs du logement social) sont engagés dans des expériences qui jouxtent parfois de près le champ du soin. Eu égard à cette diversité, l'élaboration a priori d'une liste fermée des professions dites de santé mentale n'apparaît plus pertinente.

Saisir les pratiques de santé mentale « en train de se faire »

Pour mieux appréhender ce nouveau paysage encore flou et hétérogène, il fallait certainement inventer une autre façon de saisir les pratiques autrement que sur la seule scène historique de la psychiatrie publique et dans une seule nation. *En ce sens, nous invitons le lecteur à un exercice de décentrement par rapport au paysage français. C'est justement cet exercice que nous avons effectué dans le cadre d'une série de séminaires européens que nous avons organisés sur ce thème entre janvier 2006 et juin 2008. Dans le cadre de cet article, nous ne pouvons pas résumer les différents axes de ce travail qui sont abordés dans le rapport final de la recherche¹ (les transformations sociopolitiques, les mutations culturelles, l'extension des scènes de pratiques). Nous avons fait le choix de cibler notre propos sur la manière dont se construisent des nouvelles tensions entre différents paradigmes d'intervention sur le terrain des pratiques. En général, surtout dans notre pays cartésien, les pratiques sont entendues comme une application de théories. C'est la « discipline » de référence qui donne le ton. En psychiatrie, on sait par exemple qu'il existe une multiplicité de références théoriques parfois antagonistes (psychanalyse, médecine, psychiatrie cognitiviste, sociale ou communautaire...) dont découleraient des pratiques dites « d'école ». Cette complexité des références disciplinaires ne doit pas être sous-estimée. Sur le long terme, les références théoriques contribuent à formater les découpages entre professions. Mais en parallèle à ce chemin descendant qui part des théories vers des pratiques, cette recherche montre que dans la dernière période, lorsque la santé mentale se substitue à*

la psychiatrie comme horizon d'attente dans différents espaces transnationaux, ce sont aussi les influences réciproques entre différents acteurs (des soignants, des accompagnants, des patients, des aidants et des usagers) qui produisent des formes d'intervention et des nouveaux styles de travail.

Aujourd'hui, ce n'est pas une définition expertale de la santé mentale venant d'en haut qui peut expliquer comment pratiquer, mais ce sont les praticiens qui esquissent une action de santé mentale au fur et à mesure qu'ils avancent. Alors, pourquoi ne pas prendre au sérieux ce que les praticiens s'obstinent à dire sur ce qu'ils font ? Pourquoi ne pas suivre les directions qu'ils indiquent ?

Cet article a pour but de mieux repérer deux processus conjoints qui intéressent le devenir professionnel dans le champ de la santé mentale :

- la tension structurante entre *cure* et *care* oblige à différencier professionnalisme et professionnalité. Elle se pose comme un conflit de perspective entre agents positionnés à différents points du système d'intervention.

- la réflexion concernant les profils à venir de « nouveaux opérateurs » dits de santé mentale passe par un examen de différents modèles résolutifs de ce conflit de positions. Au cœur de ces nouveaux profils, c'est la question de l'articulation qui est mise au travail : entre *cure* et *care*, psychique et social, théorie et pratique, recherche et action...

Différencier professionnalisme et professionnalité

Différentes scènes sensibles (Justice, Politique de la Ville, espaces ruraux, école,...) sont perméables à la précarisation de la société. Des questions de santé mentale s'y cristallisent comme souci publiquement affirmé (« épidémies » de suicides au travail, injonction thérapeutique aux pédophiles, toxicomanie dans les quartiers, conjugopathies psychosociales en milieu rural, incurie dans l'habitat, psycho-traumatismes des exilés, etc.). Deux logiques d'intervention, celle de la prise en charge psychopathologique et celle du souci public de santé mentale y

sont mises en tension. Sur ces nouvelles scènes, le professionnalisme est évidemment indispensable mais il s'avère non suffisant. Un autre moteur essentiel à la mise en mouvement ne carbure pas au professionnalisme mais à la professionnalité. Qu'est-ce à dire ? Le professionnalisme pose la qualification (diplôme, droit d'exercice) en amont de la compétence, le savoir théorique en amont de l'expérience. A contrario, la professionnalité, entendue comme l'art d'être professionnel, interroge les ressources professionnelles et aussi l'ensemble des ressources sociales et personnelles mobilisées dans toutes les situations (encore) non écrites dans les livres donc théorisées. Comment faire face aux questions suscitées telles qu'elles se posent ici et maintenant ? En se focalisant sur le non connu, la professionnalité rend compte de la composante d'engagement des praticiens dans ce qu'ils font au-delà de ce pour quoi ils sont qualifiés. Il n'est donc pas étonnant que la texture de la professionnalité, toujours à la limite de l'outrepassement et de la transgression validée², puisse être dépeinte par des épreuves³ et par des engagements subjectifs forts et coûteux en plaisir et en souffrance (épanouissement de soi versus usure professionnelle⁴).

Conflits de perspective entre *cure* et *care*

Trois remarques introductives sont ici nécessaires :

- la polarité ici tenue entre *cure* et *care* exige un décentrement du regard franco-français⁵.

- la différenciation entre *cure* et *care* n'a pas le tranchant d'une frontière qui départagerait strictement professionnels et usagers. Particulièrement, le métier d'infirmier porte dans son histoire une double problématique de *cure* et de *care*.

- cette polarité est présentée ici comme une modélisation idéal-typique absolument à différencier des pratiques réelles plus enchevêtrées et donc plus complexes. Conscient de cet écart entre modèle et pratique, nous invitons toutefois le lecteur à traverser la dualité de cette opposition comme un processus conflictuel heuristique. Instruisons le devenir entrecroisé de ces deux figures.

2. Cf. Furtos J. « La transgression validée » in Cahiers de Rhizome (déc.2006) Réinventer l'institution.

3. Sur cette notion d'épreuves, se reporter aux articles de P.Bretécher, D.Cesoni et C.Kept dans le présent numéro.

4. Sur ce sujet, voir aussi l'article de B.Ravon dans ce même numéro.

5. Nous aurions pu traduire comme on le fait souvent *cure* et *care* par *soin* et *prendre soin*. Nous avons choisi de garder les termes anglais car si le *cure* peut se traduire par *remède* ou *soin*, la traduction du *care* est plus complexe. *Sollicitude*, *soin*, *souci* : ces traductions toutes possibles et déjà proposées dans tel ou tel contexte, couvrent certes en partie le champ sémantique du mot *care*, mais aucun terme isolément n'est en mesure d'en prendre en charge la complexité, et chacun le tire vers une caricature. Peut-être le mot anglais *care* renvoie-t-il de façon explicite à deux thèmes, celui du *souci* entendu comme *chagrin* et celui de la *sollicitude* et du *soin* (Resweber, 2003).

Du côté du *cure* : Du thérapeute à l'accompagnateur

Dans chacun des pays participants, la figure du thérapeute garde une forte légitimité. Soigner nécessite des qualifications qui se constituent dans le cadre d'une ou de plusieurs disciplines (psychiatrie, psychologie). Cet aspect est bien connu. Mais d'autres caractéristiques du soin -comme celle du niveau de coopération du patient- sont devenues incontournables. Dans la foulée de la désinstitutionnalisation, de nombreuses initiatives autonomes, dont le but était de décentrer le rapport soignant/patient, avaient déjà vu le jour. Depuis lors, la recherche systématisée de modes de co-production du soin présuppose que le soignant reconnaisse le patient aussi comme un usager. Toutefois, si la figure de l'usager fait évoluer la relation, lorsqu'elle est réduite au consumérisme, celle-ci peut se réduire à une simple prestation de service.

A contrario, lorsque le lien entre professionnels et usagers est pensé comme un lien entre personnes, la pratique de *cure* s'éloignant du modèle consumériste se configure comme une forme de lien civil où il ne s'agit pas seulement de soigner mais aussi, sous l'ordre de la nécessité, de créer ou de maintenir une inscription sociale faisant souvent défaut.

« ...On s'éloigne d'une conception du psy ou de la thérapeutique qui considère que le patient doit arriver avec une demande d'introspection et dont le travail consiste seulement à chercher la cause des symptômes dont souffre la personne ».
Psychologue Bruxelles.

« Je résume ma pratique et mon savoir-faire : utiliser toute médiation possible. Qu'importe la médiation pourvu qu'on arrive à créer du lien. Ça peut passer par une radio, une ordonnance, un avocat pour aider à divorcer ou à obtenir un statut de réfugiés ..., pourvu que l'on arrive à créer un lien, je me fiche de la médiation. A partir de là, je peux créer un groupe théâtre, comme je vais le faire dans quelques semaines ; je peux monter un site internet ...

La médiation m'importe peu à partir du moment où l'on a réussi à créer un lien avec la personne à la rue ». *Psychiatre, séminaire Paris.*

Tout soignant apprend peu à peu dans différents dispositifs de rapprochement à « aller vers » les personnes dites vulnérables, soit pour les accompagner lorsqu'elles sortent de leur institution, soit avant même qu'elles n'y arrivent. C'est alors que le vocabulaire de l'accompagnement chemine à côté de celui du soin entendu ici comme un acte technique. Transversalement aux ancrages professionnels, l'accompagnateur se positionne comme un interface, parfois même un diplomate, entre la personne accompagnée et les « froides » institutions. Il travaille sur les parcours des personnes, sur les modes d'accessibilité aux services et sur leur insertion. Nouvelle base ou substitution à la pratique de *cure*, l'accompagnement fait en partie écho aux approches anglo-saxonnes de *recovery* dans la mesure où ce n'est plus la guérison qui est visée mais l'aménagement de la situation. Telle personne accompagnée peut continuer à participer aux échanges sociaux en dépit de ces troubles pathologiques. Ce devenir du *cure* du côté de l'accompagnement en santé est à ce point omniprésent qu'un auteur comme Baszanger (2002) y voit le développement d'une médecine du sujet total. De fait, l'accompagnateur tend à dégager des marges de manœuvres afin de développer des aptitudes et de conduites compatibles avec les exigences sociétales qui définissent des seuils normatifs d'inclusion sociale ou de santé. Pour ce faire, il s'appuie sur sa légitimité professionnelle « psy » mais aussi sur les droits, l'éthique, le respect et mobilise des supports, des aides, des médiations (thérapeutiques, sociales, économiques, symboliques) dont le but consiste à aménager au mieux des attachements dignes et « tenables ». Des approches dites « globales », des rapprochements entre personnes soignantes et soignés se multiplient. Ces pratiques d'accompagnement encouragent un abord de la personne à part entière (intégrité, respect, dignité). Cette topique de la dignité, déjà très présente dans la société (des

Droits de l'Homme), trouve sa traduction dans le champ de la santé mentale, dans la politique de déstigmatisation tenue depuis longtemps par l'OMS et plus récemment par l'Union Européenne (Helsinki 2005). Cette topique est en train de devenir un levier puissant de transformation de pratiques en santé mentale.

L'adoption de la catégorie d'accompagnement signe-t-elle l'émergence de nouveaux modèles d'intervention substitutifs aux « traitements », aux « suivis » ou à la « prise en charge » ? Au vu des nouvelles obligations de contrats (de soins), de responsabilisation (des acteurs) qui les bornent et des valeurs libérales que ces impératifs véhiculent, cette catégorie modifie-t-elle la conception des fondements de la politique de solidarité vers une politique d'activation des individus dont l'intégrité psychique est devenue aussi importante que l'intégrité sociale ?

Face à ces questions, une pensée critique de l'accompagnement prend consistance dans le champ du soin. Les cliniciens reconnaissent que le savoir professionnel habituel est insuffisant pour comprendre complètement les expériences de détresse, de même pour saisir la nature des ressorts qui permettent aux patients de surmonter leurs difficultés. Toute évolution d'un trouble ne requiert pas forcément l'aide d'un soignant.

En réalité, en apprenant comment les usagers utilisent leurs ressources eux-mêmes, les accompagnateurs entrent dans un cycle d'expérimentation et de doute⁶. Depuis quelques décennies, l'État et certains acteurs de la société civile avaient pris l'habitude de poser régulièrement la question des limites de la professionnalisation à un « tout » accompagnement sanitaire des vulnérabilités. Selon des lignes de force inédites, cette tension entre professionnalisation et dé-professionnalisation du soin semble devenir une controverse devenue légitime *au sein* même des corps professionnels. Lorsque le psychologue dé-psychologise (en tant que professionnel) la demande sociale face à des travailleurs sociaux déboussolés, lorsque le médecin démédecinise l'approche sanitaire du corps social face à une opinion publique inquiète, lorsque dans un contexte accru de précarisation de la société, le

psychiatre dépsychiatrise la violence urbaine face aux politiques sécuritaires, comment thématiser adéquatement ce qui se dit dans le lexique de la santé mentale concernant l'accompagnement professionnalisé de toutes les souffrances psychiques et sociales en demande de reconnaissance dans la Cité ? Que signifie alors la thématique de la déprofessionnalisation dans ce contexte ? Quelles sont les limites à tracer à l'extension de la professionnalisation dans la « prise en charge » de différentes formes de souffrances sociales ?



M.J. Lambert

C'est la délégation par le corps social -dont la nature politique est peu interrogée- adressée aux corps professionnels sommés de répondre aux nouveaux enjeux sociétaux qui est au cœur de cette question. C'est précisément l'inadéquation des réponses de la psychiatrie à la vulnérabilité de masse qui a peu à peu installé la santé mentale comme une action publique distincte de celle qui vise les pathologies mentales. Cette réorientation de l'action publique est ressentie par les soignants avec une certaine ambivalence. La question mérite d'être posée de savoir si leurs activités, qui tendent à devenir de plus en plus extensives, peuvent encore relever du seul art du thérapeute.

Dans leur rapport étroit aux mutations sociales, les corps professionnels sont à envisager comme des sujets collectifs dont le devenir n'est pas seulement lié à leur qualité professionnelle, mais est à resituer dans l'historicité de nos sociétés. Soyons clairs. Le thème de la déprofessionnalisation ne signe en rien

6. Cf. Rhizome n°30 : Traverser la confusion.

un échec des professionnels. En revanche, son occurrence les oblige à prolonger les risques d'une pratique démedicalisante et non à user de la fonction soignante comme d'un objet identitaire et totémique dont ils seraient les seuls détenteurs.

Du côté du care : Du « self-helper 7 » au facilitateur

Selon des intensités diverses d'un pays à l'autre, la place prise par les usagers dans un mouvement de professionnalisation est variable. La culture anglo-saxonne de société civile, comme les effets de la loi 180 en Italie, suscite des pratiques et des expériences encore peu présentes dans le contexte français. Si la pratique concrète de *care* n'est pas référentielle à un groupe d'acteurs, quel qu'il soit, dans la nouvelle donne de la santé mentale, l'idéal type d'une pratique de *care* prend consistance indéniablement par la figure du *patient/acteur*. Il est soit leader de sa communauté, soit représentant d'associations, ou encore responsable de dispositifs d'intervention. Ceci dit, dans diverses expériences, d'autres figures plus professionnelles que les usagers (emploi-jeunes, étudiants, stagiaires, intermittents du spectacle, mais aussi cuisiniers ou artisans dans le cadre de coopératives ou d'entreprises sociales) sont aussi positionnées comme des ressources ponctuelles. Ces figures ont comme point commun de se situer en dehors du monde de la pathologie. Leur analyse permet de distinguer deux types de pratiques où la question du *care* est mise au travail. La première est celle du *self-help* :

« Si je me sens plus usager ou plus bénéficiaire du service ? Je pense que c'est les deux. L'expérience de self-help, c'est une expérience contradictoire ... Ca veut dire que le self-help prévoit qu'il faut s'ouvrir dans le groupe et tout ce qui résulte peut être élargi hors du groupe. J'ai fait le contraire. J'ai rencontré des personnes, nous sommes sortis, nous avons parlé de nos problèmes, trouvé des points en commun avec d'autres personnes. C'est une amitié, une grande amitié entre moi et 5/6 personnes. En particulier, nous avons parlé du monde du travail, des problèmes qui existent dans le monde

du travail. Nous avons trouvé beaucoup de points communs. Cela nous faisait rire un peu, parce qu'en réalité, on pouvait confronter mon problème, le problème d'une autre personne, et d'une autre personne encore. Mais c'était toujours le même problème. Il y a eu naissance d'une petite réalité, de la découverte de la petite réalité qui existe dans chacun de nous. Notre réalité est vraiment belle. Notre amitié est belle, parce que nous sortons tous les soirs, nous parlons de nos problèmes, nous restons ensemble. C'est ça mon expérience dans le groupe de auto-aide, self-help. Je me suis ouvert dans le groupe. En parlant de tout, en parlant du travail, du contact avec les personnes, de nos difficultés. Mais la réalité, c'est que le problème était toujours le même. Le problème c'est d'être compris, de se faire comprendre. Je pense que c'est tout. Je ne suis pas psychiatre. J'ai simplement fait une expérience, c'est tout. » Séminaire Matera, Italie.

Le *self-help* se définit comme une expérience de vie. La notion renvoie à un processus de changement d'attitudes, de valeurs, de sentiments, de buts, de compétences ou/et de rôles, de dynamique d'apprentissage des capacités et des limites. Ce processus de redéfinition de soi-même (Davidson 2005), en sortant d'une identité définie par la maladie à une autre reposant sur des intérêts, des talents, d'autres activités, en composant avec les symptômes, en développant des capacités de résilience, peut s'accompagner d'une attitude active de lutte contre la discrimination.

Cette première conception du *self-help* ne se pose pas en termes de professionnalisation des compétences ou des ressources. Ce qui n'est pas le cas dans le témoignage suivant où la personne-usager se présente aussi comme effectuant un vrai travail :

« Bonsoir, je m'appelle F. Je suis un facilitateur social. Qu'est-ce que c'est ? Un facilitateur social est un usager qui a suivi un cours et a acquis une qualification, il a fait un saut qualitatif. Il était un usager et il est devenu un usager opérateur. Je dois suivre un cours de 120

7. Selon les cas, *self-help* peut être traduit par auto-aide ou aide mutuelle.

En France les Groupes d'entraide mutuelles sont en première ligne.

heures pour mettre à jour ma qualification, parce que ce n'est pas facile d'étudier. Je voulais vous parler du projet et du centre P. où je fais ce travail. Le centre s'est mis en place après la réhabilitation d'une ancienne école grâce à des subventions de la région Toscane. Ce projet se veut être un projet/pont entre les services et les citoyens ». Séminaire Matera, Italie.

Des intervenants sont recrutés pour leur proximité et leur capacité d'immersion parmi les usagers, à l'instar de ce qui se pratique dans d'autres segments de l'action publique depuis quelques décennies (personnes-relais et autres médiateurs issus des cités). C'est aussi le cas dans le domaine de la réduction des risques liés à la toxicomanie et aux maladies sexuellement transmissibles, lorsque les agents de prévention sont d'anciens toxicomanes (Franguiadakis, 2000) ou des ex-prostituées (Mathieu, 2001)⁸.

Afin de se confronter aux ressentis, aux avis et aux plaidoyers des individus ou des communautés visées par ses actions, le champ de la santé mentale a-t-il besoin de ces nouveaux praticiens de proximité sachant organiser des lieux d'expression facilitateurs où se construisent peu à peu des énoncés rationnels et légitimes ? A voir. Si des régimes d'accord existent localement, de nombreuses questions se posent. Voici comment un psychiatre est amené à revenir sur le rôle des facilitateurs entre différentes communautés ethniques et les soignants :

« D'un côté, il y a les usagers et il y aussi ceux qui développent un rôle professionnel et qui s'occupent d'autres personnes. Ce deuxième rôle est quand même assez controversé, parce que ce sont des personnes qui développent une expertise par expérience et ensuite qui se servent de cette expertise pour aider les autres. Par contre, le premier rôle d'usager qui devient un usager « professionnel » change. Selon les personnes, c'est variable. Pour certains c'est quelque chose de plutôt dangereux, parce que c'est quelqu'un qui reste enfermé dans ce rôle d'usager des services et s'identifie en tant qu'usager. Mais d'un autre côté,

nous avons besoin de personnes qui ont eu cette expérience, d'être usager et qui continueront de parler selon les voix de l'expérience. Il y a un défi. Je ne crois pas qu'il faudrait qu'on minimise l'importance de leurs expériences quand ils parlent et s'expriment à la place d'autres usagers. C'est mon point de vue ». Psychiatre, Séminaire Londres.

Les soignants eux-mêmes auraient-ils besoin de ces facilitateurs qui leur permettraient d'améliorer leur travail auprès des personnes ou des groupes vulnérables dont eux-mêmes ne font pas partie ? Là encore les avis divergent. Tous les soignants n'en sont pas convaincus. Ceci n'est pas très étonnant. Les expérimentations, qui ouvrent une place à ceux qui sont à la marge des institutions sanitaires, irriguent la centralité d'une problématique dérangeante. Au fond, qui le facilitateur facilite-t-il ? Le patient qu'il représente, l'émergence d'alternatives, ou le corps professionnel dont il serait l'informateur (à l'instar des ethnologues) ? D'un côté, on voit bien que le risque de l'assujettissement de ces nouvelles fonctions aux logiques du service est loin d'être à négliger. De l'autre, on discerne une autre forme de risque qui, face au « pouvoir médical », allierait consumérisme et servitude. Face à ces deux risques, la question à se poser est la suivante : L'arrivée du facilitateur introduit-elle une différence dans le processus de *cure* et plus important encore, dans le déroulement du *care* ?

Les praticiens, parce que divers et hétérogènes, ne sont pas branchés a priori sur la même longueur d'onde. Dans un espace donné, des dispositifs s'expérimentent autour de nouvelles questions sensibles en manque d'un lexique de « bonnes pratiques » déjà homologuées par la communauté soignante. Souvent opaques les uns des autres, ces dispositifs s'ignorent, se cloisonnent ou se chevauchent. C'est ainsi. Si le langage du « développement humain » domine l'éducation, si celui de la « prise en charge » dépeint la psychiatrie, si celui du « lien social » caractérise le travail social, la nécessité d'un travail de traduction d'une langue à l'autre rentre dans les définitions même d'objectifs d'interventions communément compris par un maximum d'acteurs.

⁸. Ces intervenants sont parfois peu qualifiés sur le plan professionnel et c'est justement l'ambiguïté du statut (bénévolat, mise en avant des compétences sociales et personnelles) qui leur donne les qualités requises pour une relation « d'égal à égal ». Le risque d'instrumentaliser ses faibles qualifications n'est pas négligeable.

Transversales aux mandats et aux qualifications, les notions de *care*, d'attention à l'autre, de souci, sont fédératrices. Elles réconcilient sens du soin et sensibilité des praticiens. Elles rendent perceptibles aux politiques et aux citoyens une forme d'engagement vers l'autre vulnérable, peu visible, alors qu'elles concernent des pans entiers de l'activité humaine. Surtout, en réinterrogeant les découpages et les définitions habituelles des professions qui s'adressent à autrui, la force fédératrice du *care* oblige à repenser les frontières entre des registres de l'activité humaine habituellement disjoints. Par ce fait, l'interrogation de nature politique sur la question des limites au « tout » professionnel y est posée de manière centrale.

9. Cf. Furtos J. :
Le conflit des assignations, in
Rhizome N° 30

Conclusion : jardinier de la folie ou tisserand de la santé mentale ?

Nous n'avons pas découvert de nouvelles disciplines unificatrices, ni une nouvelle profession éponyme à la santé mentale. Notre moisson a été d'une autre nature. Sous nos yeux, l'art d'être professionnel est en pleine recomposition. Au sein de la tension constitutive entre cure et care, se profile une fonction nouvelle distincte à la fois de la prescription médicale et de la fonction psychothérapeutique. Toutefois, les figures en devenir de l'accompagnateur et du facilitateur annoncent deux modes distincts d'articulation de cette tension : celle du jardinier et du tisserand.

Tandis que le jardinier accompagne le mélange du cure et du care, le tisserand facilite l'entrelacement des éléments de la chaîne du soin et de la trame du

prendre soin. Tandis que le jardinier, en bon écologiste, s'intéresse à soigner des environnements créatifs, le tisserand raccommode des environnements disjoints, fragmentés, désunis. Le jardinier métisse les disciplines, tandis que le tisserand tisse les fils des métiers.

Entre jardinier de la folie et tisserand de la santé mentale, que choisir ? Comment choisir ? Faut-il même choisir ? La réponse dépasse le cadre de notre recherche. Mais une chose est sûre : l'approfondissement d'un autre type de travail en santé mentale devient une nécessité qui concerne aussi bien les professionnels que les usagers. Ce travail peut se définir par la capacité à prendre soin à la fois de sa professionnalité et du milieu des autres, à se fonder dans des communautés de praticiens, à mobiliser des ressources issues de mondes hétérogènes, à reconnaître des souffrances psychiques et sociales, à faire vivre des espaces de transitionnalité, bref, à faire passer des cultures soignantes en contrebande vers d'autres scènes que celle du soin et vice et versa. « *Comme le disait Lucien Bonnafé, la psychiatrie doit utiliser pour l'action thérapeutique la stratégie du coucou, aller pondre dans le nid des autres et réciproquement, non pour coloniser qui que ce soit mais au motif que le champ où les gens vivent et souffrent est plus large que le chez soi du cadre technique de la médecine d'organe. Une telle transformation nécessite d'accepter le conflit des assignations et la vectorisation ordonnée de l'indétermination, de telle manière qu'elle puisse produire du sens dans l'action* »⁹.