

# La clinique psychosociale : un objet difficile à transmettre ?

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

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

## La transmission :

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

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

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

## La transmission de la clinique psychosociale

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

### Les récepteurs Les travailleurs sociaux

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. cf. dans ce même numéro p 17