

# La sociologie dans le vif de la clinique psychosociale

**Christian Laval,**  
Sociologue, Marseille,  
Lyon.

**Guillaume Pegon,**  
Docteur en sociologie  
Psychologue clinicien  
de formation  
Handicap International

**Bertrand Ravon,**  
Professeur de sociologie,  
Université Lyon 2,  
Centre max Weber.

**En tant que sociologues chercheurs, tous impliqués à divers titres auprès de l'Orspere, nous revenons sur l'expérience publique que constitue la clinique psychosociale, ses enjeux, ses ressources et ses potentialités. Notre point de vue, précisément parce qu'il est doublement fondé sur une proximité politique et un décalage disciplinaire, a ceci de particulier qu'il permet de penser la clinique psychosociale comme le produit de controverses qu'il s'agit de continuer à faire vivre.**

## Lignes de force et reconfigurations Souffrances

Le carrefour de rencontres, de discussions et d'élaborations entre professionnels qu'a représenté l'Orspere durant plus de 15 ans est le plus souvent interprété comme une tentative de réponse aux interrogations des années 90 qui dans la foulée du livre de Pierre Bourdieu sur la Misère du Monde, avaient hissé la souffrance psychique d'origine sociale à la hauteur d'un problème public<sup>1</sup>. Il s'agissait en effet de renvoyer l'observation de troubles subjectifs et relationnels, d'une part, à la précarité des conditions objectives d'existence sociale (précarisation des populations, conditions de travail dégradées, logement indigne, voire vie à la rue, situation intenable des demandeurs d'asile, etc.) et, d'autre part, à des « sorties du social » (rupture de liens consécutives au chômage, au divorce, au décès d'un proche...).

Il s'agissait aussi de renvoyer cette observation à des « défaillances de l'environnement » (violence ou carence familiale, stress professionnel, ségrégation urbaine et scolaire). Ces troubles faisaient écho à une souffrance sociale d'un nouveau type dans les sociétés capitalistes

« largement moins accessibles à l'observation empirique parce qu'ils se manifestent dans le domaine psychique, de sorte que l'on ne dispose pour les appréhender que d'indicateurs cliniques »<sup>2</sup>.

Les actions qui commencent à se « faire » au nom de la clinique psychosociale et plus largement de la santé mentale participent peu à peu d'une nouvelle orientation des politiques publiques qui tend à identifier les facteurs de précarité en termes de pathogénèse ou de prodromes des troubles psychiques. Dans la foulée de ce recodage, des sociologues ont pu dénoncer ces actions au nom d'une nouvelle psychologisation des problèmes sociaux<sup>3</sup>. Au cœur de la critique, il est question des limites de la « politique de la compassion » à l'œuvre depuis les années 1990 dans les programmes humanitaires et les dispositifs d'urgence sociale. L'argument central porte sur la catégorie transversale de souffrance (sociale ou psychique) qui s'impose pour rendre compte des inégalités, des violences ou des injustices sociales et, ce faisant, masque l'asymétrie de la relation d'aide (en fait compassionnelle) entre intervenants et publics précaire<sup>4</sup>.

Inversement, dans une approche à la fois plus compréhensive et plus locale des pratiques, reposant notamment sur une articulation entre savoirs socio et savoirs psy, l'engagement des psys dans le champ social via la clinique psychosociale est décrit comme un nouvel opérateur critique des rapports de domination et de mépris social<sup>5</sup>. Les dispositifs d'écoute et d'accompagnement de la souffrance sont en effet autre chose qu'une simple affaire de sensibilité au malheur : ce serait dénier la dynamique de la rencontre et l'ouverture d'une possible conversation entre aidants et aidés ; le geste clinique peut également être regardé comme un mouvement dépsychologisant particulièrement attentif aux

pathologies sociales.

La catégorie de souffrance peut être alors reconstruite comme un analyseur clinique des rapports de domination sociale<sup>6</sup>.

## Professions

L'identification d'une souffrance d'origine sociale n'a pas été le seul déclencheur à l'origine de la création de l'Orspere. L'événement inaugural<sup>7</sup> met en scène dans une période marquée par le thème de « fracture sociale » des intervenants en panne d'action, affectés par la misère morale et ébranlés à la fois dans leur technicité et dans leurs idéaux d'intervention. Cette « souffrance des professionnels » a été décrite sous deux perspectives complémentaires. D'une part, les intervenants de première ligne n'ont plus qu'eux même à offrir dans la relation d'aide<sup>8</sup>. La rencontre avec le bénéficiaire devient l'objet même de l'action, du fait de la nécessité d'en faire un espace d'attention et d'échange, par lequel la confiance (en soi et dans les autres) peut de nouveau advenir, par lequel un à-venir de l'action reste possible. (Cf. l'une des premières études menées par le Crésal avec l'Orspere, consacrée au travail de « aller vers »<sup>9</sup>).

Ce travail de présence a obligé à revoir la partition entre disciplines, l'émotion suscitée par un tel travail relationnel n'étant réductible ni à ce que les sociologues critiques dénoncent habituellement comme de la compassion, ni à ce que les psys cliniciens nomment ordinairement le « transfert/contre transfert ». D'autre part, les intervenants étaient confrontés aux nombreux ratés des prises en charge institutionnelles. Peu soutenus par leurs supérieurs hiérarchiques, en quête d'un nouveau sens à donner à leur travail<sup>10</sup>, les professionnels du travail social et de la santé mentale n'ont pas été épargnés par l'extension et l'intensification du malaise au travail, déjà documentée par les analyses pionnières de C. Dejours<sup>11</sup>.

1. Rapport A. Lazarus, H. Strohl, « Une souffrance qu'on ne peut plus cacher », Février 1995.

2. A. Honneth, 2005, *la société du mépris*, La Découverte, p.322.

3. D. Fassin, 2006, « souffrir par le social, gouverner par l'écoute. Une configuration sémantique de l'action publique », *Politix*, 2/73, 137-157 ou 2005, *sociologie des lieux d'écoute*, La Découverte).

4. Didier Fassin, « La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent », Paris, collection « Hautes études », Gallimard/Seuil, 2010.

5. Clinique de l'infortune. La psychothérapie à l'épreuve de la détresse sociale, Emilie Herman Editions Le Seuil/ Les empêcheurs de penser en rond, Paris, mai 2004.

J. Ion et Al, 2005, Dunod, travail social et souffrance psychique.

A. Ehrenberg, 2010, *Société du malaise ou malaise dans la société*, Odile Jacob.

6. E. Renault, 2008, *Souffrances sociales Philosophie, psychologie et politique*, La Découverte)

7. Rapport H. Strohl-A. Lazarus, « Une souffrance qu'on ne peut plus cacher », Février 1995.

8. J. Ion et Al, 2005, travail social et souffrance psychique, Dunod.

9. Cf. B. Ravon (dir.), P. Pichon, S. Franguiadakis et C. Laval, *le travail de l'engagement. Rencontre et attachements : une analyse de la solidarité en direction des « personnes en souffrance »*, Rapport de recherche pour la Mire/Fondation de France, Saint Etienne, Crésal, Mars 2000.

## La sociologie dans le vif de la clinique psychosociale (suite)

10. B. Ravon, dir., avec G. Decrop, J. Ion, C. Laval, P. Vidal Naquet, *l'usure des travailleurs sociaux et épreuves de professionnalité. Les configurations d'usure : clinique de la plainte et cadres d'action contradictoires*, (Fév 2007-Mai 2008, Resp. B. Ravon), voir la synthèse. [http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/synthese\\_rech\\_ONPES\\_usure\\_TS\\_Ravon\\_et\\_al\\_.pdf](http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rech_ONPES_usure_TS_Ravon_et_al_.pdf)

11. C. Dejours, *Souffrance en France, la banalisation de l'injustice sociale*, éditions points, Février 2009.

12. Cf. Rhizome n°33, « prendre soin de la professionnalité », Décembre 2008.

13. C. Laval, *des psychologues sur le front de l'insertion*.

14. Cahiers de Rhizome n°25, « Réinventer l'institution », Décembre 2006.

Au fur et à mesure qu'elle s'expérimentait sur différents terrains, l'attention a de plus en plus porté sur une analyse plus pragmatique centrée sur les épreuves de professionnalité que traversent les intervenants notamment par le travail réflexif qu'ils mènent sur leurs propres actions. Documenter ces épreuves de professionnalité a été un chantier privilégié très investi par le pôle sociologique de l'Orspere. Partant des difficultés professionnelles trop rapidement réduites à de l'usure, l'apport de ces analyses sociologiques a été de mettre l'accent sur la nécessité de prendre soin de la professionnalité<sup>12</sup>, non pas dans une logique de prévention des risques psychosociaux (ce n'est pas le professionnel mais l'organisation qui est « malade » !), mais dans une logique d'analyse collective et réflexive du travail social et de la santé mentale en acte.



### Institutions

L'Orspere s'est développée, du point de vue du champ institutionnel en milieu médical relativement hostile.

Depuis 1980, le DSM 3 a posé dans le champ psychiatrique une démarche a-théorique, le but étant de faire entrer la psychiatrie dans une démarche de scientificité. Les neurosciences ouvraient un espoir faisant passer au second plan les perspectives psychosociales. Certes,

la chimie du cerveau avait fait des avancées conséquentes, mais après les déceptions de la « *brain decade* » (années 2000), le doute s'est installé dans la communauté scientifique quant aux résultats attendus comme l'absence également d'impact de la psychiatrie biologique en matière clinique et de réhabilitation psychosociale. Parallèlement, et dans un contexte de restriction budgétaire, la diminution des moyens hospitaliers a été telle que la famille, les institutions sociales et éducatives, la rue, la prison sont devenus des lieux où se sont densifiées les personnes atteintes de troubles psychiques plus ou moins sévères. A son corps défendant, la clinique psychosociale s'est ainsi trouvée dans une posture d'acteur de dernier recours.

L'histoire de l'Orspere est donc aussi celle d'une réponse doublement pratique (clinique et professionnelle) au problème de la souffrance, qu'il s'agit simultanément de comprendre comme une réponse *institutionnelle* à l'aune des transformations de la psychiatrie. Rappelons-nous des dispositifs variés de santé mentale qui ont proliféré à partir des années 1990, soutenus par une dynamique de l'alternative, dans une perspective de care en vis à vis des institutions de *cure*.

Ces dispositifs socio-psychiques se sont déployés aussi bien à l'école que dans le champ large de l'insertion<sup>13</sup> et plus largement dans les communautés de vie y compris maison de retraite ou prison. Mouvement de « l'aller vers », santé mentale communautaire, ateliers santé/ville, équipes mobile de psychiatrie, cette sortie, souvent sans filet, de l'institution-mère n'a pas été facile.

Il s'agit de pointer ici les tensions propres au travail créatif engagé dans la reconfiguration des pratiques<sup>14</sup>. Comment dégager des marges de manœuvre ? Comment inscrire les dispositifs dans une temporalité qui excède le temps de l'urgence ?

Comment soutenir une institution que d'aucuns jugent déclinante ou à tout le moins éclatée ? Comment aménager des interfaces disciplinaires qui apparaissent comme la seule voie véritablement collective de réinstitutionnalisation ?

### Une valse à 3 temps

L'expérience publique de l'Orspere s'est ainsi peu à peu dessinée, à travers l'articulation dynamique entre trois champs pratiques : le temps clinique de la présence à autrui, le temps collectif de la coordination professionnelle, le temps public de la santé.

### Présence

Le travail de la présence est la pierre angulaire des politiques sociales contemporaines, centrées sur l'accompagnement vers l'autonomie. Renonçant à l'idéal éducatif de transformation du sujet, les programmes d'action s'inscrivent dans une visée quasi thérapeutique de maintien, d'étayage ou d'empowerment des personnes vulnérables. Les intervenants travaillent en permanence à la reconnaissance et à la décence des personnes. Il s'agit moins de mettre la pression sur le sujet de la personne que d'essayer de travailler collectivement à la fois sur son parcours de vulnérabilité et sur les différents supports qui, dans ce parcours, la relient aux autres et à son environnement. Il ne s'agit plus de dire « *qui je suis, ce que j'ai perdu* » mais comment je peux m'attacher (à moi-même, aux autres, aux choses, à la société, au monde, etc.) au regard de la manière dont je pratique mes attachements aujourd'hui, comment je m'y prends et comment je fais pour (me) relier. Ce faisant, c'est la problématique même des personnes en situation de vulnérabilité qui dessine, dans la constellation des prises en charge, le sens de la circulation des intervenants (jusqu'à devenir une clinique des *parcours*).

## La sociologie dans le vif de la clinique psychosociale (suite)

15. G. Pégon, 2011 (thèse de doctorat en sociologie), *le traitement clinique de la précarité*, Université Lumière Lyon 2, Février 2011.

16. Par exemple, R. Castel, *la gestion des risques*, 1981. C. Lasch, *la culture du narcissisme*, traduit par Michel Landa, Paris, Champs-Flammarion, 2006, 332 p.

17. F. Gonon, « *La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ?* », *Esprit*, Novembre 2011.

18. H. Dorvil « Les inégalités sociales en santé. Le cas spécifique de la santé mentale.

[http://classiques.uqac.ca/contemporains/dorvil\\_henri/inegalites\\_soc\\_en\\_sante/inegalites\\_soc\\_en\\_sante.html](http://classiques.uqac.ca/contemporains/dorvil_henri/inegalites_soc_en_sante/inegalites_soc_en_sante.html)

Le territoire des personnes en souffrance et celui des dispositifs et collectifs d'intervention s'ajustent en permanence l'un à l'autre. Ainsi, le territoire d'intervention devient le lieu où vont se confronter les processus d'individuation liés à la perspective libérale véhiculés par une clinique par projets (être autonome et responsable, faire preuve d'initiatives, assumer soi-même les risques), et ceux liés à la perspective écologique véhiculée par une clinique des attachements (être bien attaché à ses supports, être socialisé en s'appuyant sur ses entourages locaux ou les différentes activités mises à la disposition de la personne<sup>15</sup>).

### Coordination

Plus que la somme des interventions (psychiatrie, psychologie clinique, travail social), c'est l'expérience constante de la coordination des intervenants qui permet de dessiner les contours de la protection de la personne, parce qu'elle atteste *hic et nunc* de la consistance pluraliste de la personne. Dit autrement, la reconnaissance du milieu d'autrui suppose qu'aucun savoir, aucune discipline, aucune doctrine ne prenne l'ascendant sur l'autre. Sous cette exigence, la complémentarité entre savoirs scientifiques et savoirs de terrain, entre savoirs cliniques et savoirs critiques, entre savoirs généraux et savoirs situés, est essentielle.

Ce lien affirmé entre les économies psychiques et les réseaux d'interdépendance entre humains (ici professionnels) est devenu au fil des ans, l'opérateur principal et le principe de cohésion sinon de cohérence du projet collectif de l'Orspere... *In fine*, le trait d'union durablement installé entre *psy* et *social* a donné la possibilité aux professionnels concernés par des situations dérangeantes et problématiques de s'affirmer, certes sous le drapeau de la clinique psychiatrique devenue

propriétaire du problème public de la souffrance psychique.

Reste à repenser dans le contexte actuel la tension réflexive entre engagement et professionnalité qui fonde la démarche éthique. Mais dans notre modernité avancée, elle soulève tellement de questions complexes (épistémologiques, politiques techniques, économiques) qu'elle nécessite un dispositif d'investigation collective et pluridisciplinaire qui fasse pénétrer des regards extérieurs à l'intérieur des institutions de soins. Dispositif ouvert aux autres (usagers et chercheurs) où se mène l'enquête au nom de tous ceux qui y sont engagés. En effet, si le souci de santé mentale est une production inhérente à nos sociétés modernes, là encore une perspective socio-historique<sup>16</sup> met régulièrement en garde sur le risque, en termes de fonctionnement démocratique, de considérer la société comme une patiente qui s'en remettrait à des experts *sachant*.

Face à la rhétorique réactionnaire d'une société malade, il convient d'organiser des lieux de confrontation ouverts et pluri disciplinaires qui permettent de mieux documenter les liens entre modèles de santé et modèles démocratiques.

### Santé publique

Ainsi, face à ce qui apparaîtrait comme une approche biologique « mono causale » et remédicalisante vis à vis du mouvement de désinstitutionnalisation, et qui plus est, qui commence à être dénoncée comme un « *bulle spéculative*<sup>17</sup> », l'approche en termes de santé publique s'avère intéressante à double titre. Corrélative et multicausale, elle tente de conjuguer une perspective systémique de transformation des déterminants sociaux avec une recherche d'objectivation scientifique. Elle tend à montrer que les inégalités sociales conjuguées aux inégalités sociales de santé sont défavorables à la santé mentale des plus pauvres<sup>18</sup>.

Elle permet ainsi d'élargir le rapport au savoir médico-psychiatrique et clinique à d'autres types de savoirs.

Pour autant, il est loisible de le constater chaque jour : l'administration de la preuve amorcée par la santé publique est nécessaire mais non suffisante. Toute corrélation attestée entre égalité et santé nécessite d'engager une enquête professionnelle patiente et approfondie, souvent longue et difficile, afin d'inscrire telle ou telle atteinte psychique sur l'agenda médiatique et politique mais aussi pour évaluer les types de réponse à promouvoir en vis à vis dont la réponse thérapeutique n'est pas la première à privilégier dans nombre de cas. Cette temporalité longue peut parfois prendre plusieurs décennies.

Le grand public via les médias et le personnel politique est encore séduit par l'explication biologique des troubles mentaux. Rappeler que les inégalités sociales cumulées durant le cours d'une vie rendent les gens malades comme rappeler que le tabac tue, peut prendre des formes discursives différentes à ajuster selon les époques. Ce travail de sensibilisation et de veille dépasse le temps d'une génération. Il nécessite donc de penser la question de la transmission en « *milieu professionnel* » comme un processus conjonctif entre le temps clinique de la présence et le temps à venir de la santé publique en tant qu'elle est la fabrique où se construit un temps public de santé. Tel nous semble un des défis majeurs pour demain. ■