

L'informel, un espace de rétablissement

« Le formel et l'informel (...) sont indissociables (tout comme le sont l'ordre et le désordre, le fonctionnement et la dysfonctionnement) ; ils constituent un « couple notionnel » où l'un ne se conjugue pas sans l'autre¹ »

« Un chez-soi d'abord », programme de recherche-action, propose de comparer deux cohortes de patients souffrant de troubles psychiatriques et ayant vécu l'errance. Le groupe témoin poursuit sa trajectoire d'accompagnement sur le territoire tandis que le *groupe hébergé* est accompagné en appartement individuel avec contrat de bail sans conditions préalables de prise de traitement ou d'abstinence. À Marseille, 90 personnes sont accompagnées à ce jour par une équipe pluridisciplinaire² sur une modalité de suivi intensif.

L'exercice de nos fonctions au sein de l'équipe « Un chez-soi d'abord » se matérialise, à travers le concept de rétablissement, par une mise en tension permanente entre des pratiques formelles et informelles. Nous ne saurions nous revendiquer en dehors de toute forme puisque c'est bien le protocole de recherche qui entoure et légitime nos pratiques. En revanche, cette nécessité d'expérimentation médicale, en tant qu'elle pose un cadre d'intervention, vient créer un espace de savoirs et de savoir-faire. Nous aimons à le nommer « espace d'autorisations » tant il donne des indications sur la direction de notre regard et de nos pratiques, et refuse l'enfermement dans un système clos et par trop normé. D'ailleurs, Gilbert Renaud nous invite à penser l'informel comme « *la ruse qui empêche l'enfermement*³ ».

Belsunce Breakdown pour libérer l'informel

Les temps d'élaboration collectifs organisés par la recherche ainsi que les séances de supervision nous ont amenés sur le terrain de l'informel par de multiples effets de résonances entre la ville de

Marseille, les personnes que l'on accompagne et les parcours des professionnels qui constituent cette équipe. Nos locaux sont situés dans le centre-ville de Marseille qui propose l'ensemble des services informels d'une ville portuaire, vente de médicaments détournés, de cigarettes de contrebande, de drogue, d'amour tarifé... Nombre de nos clients sont des usagers de cette économie qui n'a d'informelle que le fait d'échapper au contrôle de l'État. Porter de l'intérêt à l'informel dans le domaine de l'économie, c'est questionner la société de contrôle. De la même manière, le champ de l'informel dans les pratiques soignantes appartient à une certaine critique des institutions. Il aura fallu Erving Goffman pour repérer les mécanismes des institutions totalitaires et décrire les modalités interstitielles de résistance de ses usagers, soignés ou soignants. La ritualisation morbide de l'asile soutient une lutte de classe figée. L'institution asilaire prescrit les rôles tant des soignants que des soignés jusqu'aux modèles d'inconduites de résistance interstitielle à ce cloisonnement. Ces derniers s'expriment à travers les échanges qui échappent à l'écrit : échanges de biens, de sexualité et de langage, et sont tolérés tant qu'ils ne menacent pas le cadre institutionnel.

Par l'accès à un véritable chez-soi, l'usager et le professionnel échappent à cette ritualisation. C'est une libération de l'informel, de sa potentialité d'action (et de nuisance) hors de l'asile. Il nous appartient de l'articuler au mieux avec la cité dans un projet d'autonomisation de l'usager hors des lieux de contrôle coercitif.

Des frontières (in-)formelles

Ainsi, nous revendiquons une part importante d'informel dans l'exercice de nos fonctions, en tant qu'il est ce qui vient nourrir la forme, le formel, la formalisation ; l'informel pourrait être aussi nommé « l'informe » comme ce qui n'a pas de forme a priori. Entendons par là, pas la forme attendue

par les pratiques habituelles, puisque là où le travail social parle de difficultés, nous aimons à parler de compétences, là où la psychiatrie parle de symptômes, nous aimons à évoquer les stratégies de survie des personnes ayant une expérience du système de santé mentale. Là où le médico-social parle de pluridisciplinarité, nous aimons à revendiquer la transdisciplinarité, comme un dépassement – voire une transcendance – des frontières professionnelles.

L'omelette transdisciplinaire

« André présente actuellement des troubles du comportement à type d'hétéro agressivité sous tendus par des éléments délirants dans un contexte de rupture thérapeutique avec déni total des troubles. La conduite à suivre est donc une hospitalisation sans consentement avec réintroduction d'une chimiothérapie ».

Voici ce que dirait de la situation André la « bonne pratique » transmise dans les manuels. Ici, on tente d'autres réponses : l'hôtel meublé comme refuge, où le gardien de nuit essaie d'apaiser les âmes en peine avec des omelettes, le réseau d'André qui nous offre des réponses inadaptées mais qui a le mérite de ne pas nous laisser seuls, des moments insolites comme la recherche rocambolesque d'un kebab à 10 h du matin... Notre mission : rester au plus près des demandes (farfelues ?) d'André tout en respectant nos limites, nous risquant ainsi à utiliser la crise plutôt qu'à la fuir.

Cela est rendu possible grâce à une série d'outils formalisés qui nous permet de prendre des risques, de faire un pas de côté, de vivre l'informel dans l'espoir, peut-être utopique, de rétablir nos pratiques.

La multiréférence⁴, couplée à la transdisciplinarité, permet un échange collectif étayé par les différentes formations et sensibilités présentes dans l'équipe sur la façon de voir, d'appréhender et penser les situations. La période de crise que nous avons vécue avec André a duré plusieurs semaines. « Tenir » une si longue période

L'équipe
« Un chez soi
d'abord, Marseille »

1 - Renaud Gilbert, Le formel et l'informel : une tension créatrice continue, in : Théologiques, vol. 3, n°1, 1995, p. 129-152

2 - L'équipe du Un chez soi d'abord Marseille s'est étoffée au grès des inclusions des nouveaux patients sur le programme. Nous sommes aujourd'hui 14 personnes plus les stagiaires des différentes disciplines : 1 équivalent temps plein (ETP) chef de service, 1 ETP psychiatre, 0.5 ETP médecin généraliste, 1 ETP médiateur de santé pair, 2 ETP infirmier, 3.8 ETP éducateurs spécialisés, 1 ETP éducateur technique, 0.8 ETP secrétaire

3 - Ibidem

4 - Que cela soit dans le domaine social comme dans celui du médical la pratique classique veut que nous soyons référent d'usager, de patient, de client. Notre programme fût l'occasion d'expérimenter ce que nous appelons la multiréférence. Cet outil consiste à ce que chaque professionnel de l'équipe participe et soit responsable de l'ensemble des accompagnements des personnes bénéficiaires du programme.

Comment juger de la valeur d'un traitement médical et qui doit en juger ? (suite)

Mouvements d'usagers de la psychiatrie

Un des tours de force du recovery movement⁶ aux États-Unis a été de se servir de l'EBM, cet outil imparfait mais puissant, comme d'un accélérateur de propagation de pratiques, un levier politique dans la promotion du rétablissement, en ralliant dès le début des chercheurs comme Marianne Farkas ou William Anthony qui vont avoir un objectif militant : faire du rétablissement une evidence based practice. Avec succès puisque les preuves qu'ils ont produites sont allées de pair avec le développement rapide de cette approche dans le monde anglo-saxon : États-Unis, Australie, Royaume Uni et Nouvelle-Zélande ont adopté des politiques publiques intégrant le rétablissement.

Quant aux associations consacrées à l'autisme, elles mènent « un combat très informé » contre la psychiatrie psychanalytique, jugée coupable de propager des hypothèses non vérifiées, destructrices pour les

familles (par exemple : « la mère n'a pas porté le désir de vie de son enfant »). La psychiatrie des preuves est alors une réaction à une fausse scientificité, une expertise arbitraire et incapable de démontrer ses résultats : « un discours abscons et hermétique pour justifier une pratique obsolète et inadaptée », une manière de revendiquer des comptes : les résultats face à une psychanalyse qui refuse de s'évaluer.

Là où le recovery movement produit lui-même des preuves, les familles de personnes autistes, eux, se positionnent en lecteurs critiques ayant des compétences sur le sujet, y compris des compétences méthodologiques. Ils ont des interactions avec les chercheurs, commentent les design d'étude, proposent la formulation des hypothèses⁷.

Démocratisation du processus de la recherche

Ces groupes militants ont bien compris l'importance politique d'intervenir dans le processus de la recherche pour modifier

l'organisation des soins, les politiques publiques et in fine, influencer les pratiques. Mais, face au risque de contre productivité paradoxale de la recherche actuelle, ne peut-on pas imaginer une intervention citoyenne plus large, un examen citoyen systématique des questions de recherche et de leurs résultats ? Par exemple en installant des forums hybrides au cours de la procédure de l'AMM ? Soigneusement informé, le public pourrait resituer chacun à une juste place, et soutenir leur complexité : les médicaments : ni panacée, ni poudre de perlinpinpin, mais des pharmakons aux faces indissociables ; les chercheurs : ni détenteur du Vrai, ni sophistes patentés des laboratoires, mais menant une quête qu'on devrait lui autoriser négative ; les médecins : ni clergé thérapeutique, ni charlatans, mais des êtres humains sommés d'agir sans savoir suffisant et en intégrant des paramètres multiples. ■

6 - Mouvement des usagers de la psychiatrie dénonçant un système actuel iatrogène, et revendiquant l'espoir en un « rétablissement » existentiel et citoyen et le pouvoir sur leurs propres vies, y compris prises en charges médicales.

7 - Meadel C., « Le spectre « psy » réordonné par des parents d'enfant autiste », Politix 1/2006 (n° 73) p. 57-82.

8 - Selon la proposition de Callon M., Lascoumes P., Barthe Y., 2001, « Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique », Paris, Le Seuil (collection "La couleur des idées"), 358 p

L'informel, un espace de rétablissement (suite de la page 10)

sans céder à une réponse dictée par les risques médico-légaux a été rendu possible par la capacité qu'a la multiréférence à diluer et partager les responsabilités et à permettre à la personne accompagnée de ne pas s'aliéner dans une relation unique avec un professionnel.

Le travail en binôme, outil à la fois formel par son existence et informel par l'interchangeabilité des professionnels, nous permet de nous rapprocher au plus près de la demande des usagers et triangule la relation. Un espace de possibles se crée, permettant

à la personne et au professionnel d'inventer ou de se mettre en recul lors de situations complexes, et d'agir l'informel dans un cadre secure, matérialisé par l'existence du binôme. Pendant qu'un membre du binôme partageait des frites froides et le kebab avec André, le second avait toute la latitude pour observer, intervenir s'il le fallait et réfléchir aux alternatives d'action.

L'informel, dans l'équipe du « Un chez-soi d'abord », se caractérise par un certain nombre d'outils formels, construits dans une dynamique praxéologique,

mais constitue en premier lieu une posture que nous adoptons tous en acceptant de redéfinir les frontières qui – nous le pensons – peuvent nommer et enfermer les individus dans des identités prédéfinies. Comme nous franchissons les frontières professionnelles – le psychiatre qui passe le balai et l'éduc qui donne un médicament ne sont-ils pas aux limites des frontières formalisées ? Nous imaginons pouvoir rencontrer l'autre en franchissant les frontières entre ceux que nous appelons les usagers et les professionnels. ■