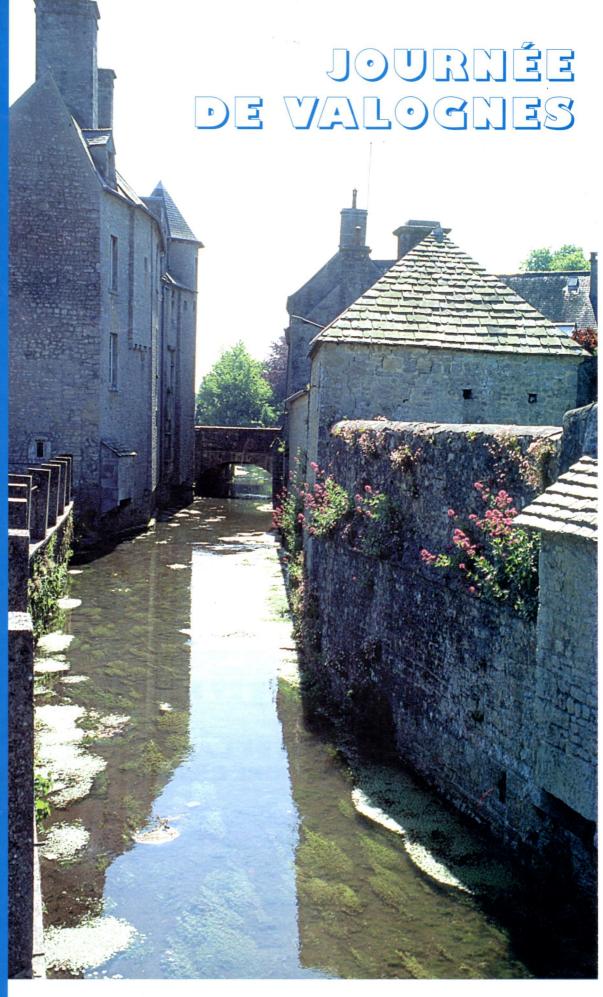
# ex Ly

En Santé Mentale





REVUE DE L'ASSOCIATIO

CROIX-MARINE

DE BASSE-NORMANDIE

# SOMMAIRE

- ÉDITORIAL
- 2 BRÈVES
- TRIBUNE LIBRE VOUS AVEZ DIT ÉTHIQUE?...

JOURNÉE-RENCONTRE DE VALOGNES : EXCLUSION ET SANTÉ MENTALE

- A QUEL TITRE? À PROPOS D'UN TRAVAIL DE PRÉVENTION AVEC UN GROUPE DE FORMATEURS ET DE CORRESPONDANTS P.A.I.O.
- T L'ASSISTANT SOCIAL FACE À LA SANTÉ MENTALE : SES MOYENS, SES LIMITES
- **8** EXCLUSION ET SANTÉ MENTALE
- IMPLICATIONS D'UN SECTEUR DE SANTÉ MENTALE DANS LE CHAMP SOCIAL
- PRÉCARITÉ, EXCLUSION ET SANTÉ MENTALE : VERS UNE PROBLÉMATISATION DU MALAISE ET DES RÉPONSES POSSIBLES
- LES INTERVENTIONS SOCIALES SPÉCIALISÉES EN QUÊTE DE NOUVEAUX REPÈRES

# PRATIQUE ET RECHERCHES

# REVUE DE L'ASSOCIATION CROIX-MARINE BASSE-NORMANDIE

Fondation du Bon-Sauveur, 50360 PICAUVILLE Tél. 0233218400 (poste 8466) - Fax 0233218514

Directeur de la publication :

Jean-François GOLSE

Responsable de la rédaction : Secrétaire de rédaction : Philippe LAMOTTE Maryse CORBET

Comité de rédaction :

J.- N. LETELLIER

J. ANDERSON,

M. PITON, D. CATHERINE, G. BOITTIAUX, B NOUHAUD

T. JEGARD

Composition et impression :

LOCOMOTIVE

0233075409

COURCY P. LAMOTTE

PONTORSON 0233218466

Secrétariat :

Dépôt légal :

Photos:

2<sup>e</sup> trimestre 1997



# ÉDITORIAL

xclusion et santé mentale : tel était le thème de notre journée Croix-Marine de Valognes. Sujet complexe où l'on peut distinguer, un peu schématiquement, trois situations :

- celle des malades mentaux anciennement soignés, des psychotiques essentiellement, qui après de longs soins ne parviennent cependant pas à trouver un emploi, sont généralement exclus des circuits de la formation professionnelle et qui, s'ils ont désormais grâce à l'A.A.H. les moyens de vivre, n'en restent pas moins largement exclus. Nous sommes là clairement dans le champ de la psychiatrie puis dans celui de la réinsertion sociale ou de la réhabilitation psychosociale,
- celle des exclus, pour employer la terminologie en vigueur, qui souffrent d'une pathologie mentale non traitée qu'il s'agisse de pathologie anxieuse, dépressive, psychotique ou autre. Nous sommes là encore dans le domaine de la psychiatrie, encore qu'il convienne de s'interroger sur les relations entre la condition d'exclu et l'existence de ces pathologies. Sur le plan pratique, se pose la question de l'accessibilité aux soins : accessibilité géographique de nos lieux de soins (pas très difficile), accessibilité "culturelle" pour une population exclue des circuits ordinaires de la sociabilité (donc beaucoup plus difficile),
- celle des exclus qui, ne présentant pas de pathologie mentale, présentent cependant une souffrance importante "qu'on ne peut plus cacher" pour reprendre les termes du rapport Lazarus. Il est clair que nous ne sommes plus là dans le domaine de la psychiatrie; il est d'ailleurs significatif que nous parlions désormais en termes de santé mentale. Les choses sont dont là beaucoup plus ambiguës pour la psychiatrie prise entre les deux écueils du ne rien faire qui n'est plus acceptable et de la violence d'une intervention hors de propos (à une personne au chômage, surendettée, expulsée de son logement répondre "je vois que ce c'est, sont les nerfs"?). À situation ambiguë, réponse ambiguë, non négligeable cependant, qui consiste pour de nombreuses équipes de secteur à apporter un soutien aux équipes de travailleurs sociaux confrontés directement et douloureusement au problème de l'exclusion. Cela dit, la question de la santé mentale est trop vaste et trop importante pour être laissée aux seuls spécialistes de la psychiatrie; c'est de travail, de logement, d'éducation qu'il s'agit, c'est d'organisation sociale qu'il s'agit, c'est de politique qu'il s'agit.

Et la meilleure manière pour les équipes de secteur de remplir leur mission de prévention c'est peut-être de le rappeler.

DOCTEUR J.-F. GOLSE, PRÉSIDENT.



### DANIEL ...

Nous ne verrons plus Daniel Catherine dans nos journées Croix-Marine; il est décédé le 31 mars, sur une petite route du Cotentin, à deux pas de son domicile. Daniel, infirmier, cadre-infirmier en 1983, directeur de l'école d'infirmières du Bon-Sauveur en 1992, était depuis l'union des écoles infirmières de l'hôpital Pasteur et du Bon-Sauveur, directeur adjoint de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Cherbourg Cotentin.

Membre du Conseil Municipal de Picauville, il était également un membre actif de plusieurs associations et il était depuis janvier 1997 secrétaire de l'association Croix-Marine de Basse-Normandie après en avoir été le secrétaire adjoint pendant plusieurs années. Sa présence tranquille, chaleureuse et discrète nous manquera désormais.

### **INFO EXPRESS**

L'association Prisme a organisé les 12 et 13 juin 1997 au C.P.O. d'Alençon deux journées sur le thème "créations et médiations thérapeutiques". Un compte rendu sera diffusé dans notre prochaine revue.

# BRÈVES

par Thierry Jegard

### **ARC-EN-CIEL SUR PALETTES**

Une fois de plus et cela comme chaque année depuis 1993, l'association Arc-en-ciel à organisé du 1er au 13 mars une exposition intitulée "Palettes" au complexe Jean-Jaurès d'Equeurdreville. Cette manifestation a permis de faire découvrir au public les réalisations 1996 des adhérents. Des œuvres aux inspirations variées sur papier, sur carton notamment ont été mises en valeur sur des palettes de bois brut, habituellement utilisées aux transports de marchandises. Il ne faut pas y lire ici une volonté de l'association d'industrialiser sa production mais un mélange subtil de couleurs qui s'inscrit dans la réalité. L'exposition à peine finie, les adhérents d'Arc-en-ciel et des patients du C.A.T.T.P. La Bonde ont effectué des travaux de restauration dans le nouveau local de l'association qui offre désormais aux "artistes" une surface deux fois plus grande pour s'exprimer avec un pinceau.

Arc-en-ciel: Bât. Chavagnac, Résidence des Couplets 50120 Equeurdreville. Tél.: 0233935138.

### A.L.M.A.S.

(Association pour les Loisirs de la Maison d'Accueil Spécialisée) Fondation Bon-Sauveur.

Le 18 et 19 avril 1997, au second festival du film Handi Cheval à Angers, la MAS de Picauville, remporte le prix du Meilleur Scénario. Devant une liste de 21 films primables à ce festival, que la fédération nationale Handi Cheval avait intitulé "Image, cheval, handicap, inadaptation et insertion", le film "A l'ouest, il y a Éden", présenté par la MAS dans le cadre de l'atelier vidéo et l'atelier Attelage, est une fiction de 7 minutes 40, réalisé par Léon Faligot. L'histoire est celle d'un percheron de 5 ans, Éden, qui habite chez des gens pas tout à fait comme les autres. Éden raconte, s'étonne de ces résidents qui viennent s'occuper de lui et partir en promenade en chariot...

# VOTRE COURRIER

Adressez les nouvelles que vous souhaitez voir apparaître : soit directement à Madame Maryse CORBET, secrétaire de rédaction A.C.M.B.N., Secrétariat du Docteur GOLSE, 50360 Picauville, soit au Docteur PITON, correspondant de la revue pour le département du Calvados, ou au Docteur ANDERSON, correspondant pour le département de l'Orne.

### L'INFORMATION: OUTIL DE SOINS

Dans le numéro 23 de la revue "Échanges", revue bimestrielle du C.H. de Pontorson, Jean-François Putot fait le point sur les travaux en cours dans le cadre du P.M.S.I. (programme de médicalisation des systèmes d'information). Le P.M.S.I. est une analyse médico-économique de l'activité hospitalière. Pour l'instant, seule l'activité de soins de courte durée est décrite à l'aide des informations P.M.S.I. mais l'objectif est d'étendre ces moyens à l'ensemble des secteurs de l'hôpital. Aussi, en psychiatrie, la classification doit tenir compte de certaines spécificités comme plusieurs prises en charge pour un même patient, la variété des pratiques et de prises en charge non standardisées et la durée souvent longue des séjours. Le P.M.S.I. se fixe un double objectif : une connaissance mieux affinée de l'activité de soins pour aider à l'allocation des ressources budgétaires, et la construction d'un outil permettant la réduction des inégalités, l'incitation à l'efficience et la production d'outils de gestion pour les établissements. Aussi, afin de réaliser ces objectifs, il s'est constitué une base de données pour élaborer une classification, cette base de données est actuellement testée au plan national dans 12 services de psychiatrie et devrait être validée en cette fin de second trimestre 1997.

### L'OBSERVATOIRE DE LA VILLE

Le numéro 0 "Les cahiers de l'Observatoire de la Ville" édité par la Communauté Urbaine de Cherbourg, dresse un bilan chiffré de l'action entreprise depuis avril 1994, date de la signature du contrat ville avec l'État et le Conseil Régional de Basse-Normandie. Ces cahiers vont avoir pour objet, quelque soit le domaine concerné, le logement et l'habitat, l'éducation scolaire, l'emploi, l'insertion, la prévention de la délinquance, de donner un outil d'observation validé par l'ensemble des acteurs de la politique de la ville, à fin d'analyse, de traitement et de mise en réseau dans le cadre des observatoires du haut Cotentin et des observatoires de la ville au plan national. À titre d'exemple, la population bénéficiaire d'une A.A.H. (Allocation Adulte Handicapé) représente 45 % des personnes destinataires des minima sociaux, soit un total de I 189 ménages sur le nord Cotentin. Ce nombre est en augmentation de 4,2 % par rapport à l'année 1993. Il est de 2,3 % pour le département de la Manche et 3,1 % au plan national. Cette progression sensible des effectifs concerne la tranche d'âge des plus de 40 ans.

# Tribune libre... Tribune libre...

# Vous avez dit éthique?...

Docteur Patrick ALARY

e travail clinique reste la fonction première de tout soignant, quelle que soit sa place au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Pour que ce travail soit de qualité, il importe de développer la réflexion institutionnelle qui est nécessaire du fait de la diversité des structures des secteurs, du personnel qui anime ces structures et des tâches à accomplir. Mais, à ces charges naturelles et liées à la fonction soignant, s'ajoutent aujourd'hui des charges d'une autre nature, sous la forme d'interventions au sein de lieux de réflexion mis en place par les autorités de tutelles pour préparer l'avenir de la politique de santé, singulièrement en psychiatrie. Il est important de s'investir dans le travail de ces commissions et dans la mise en place de réseaux où chacun a sa place mais seulement sa place. Il est impératif de définir la nôtre afin de ne pas dépasser certaines frontières qui donneraient à la psychiatrie un rôle et une mission qu'elle n'est pas destinée à accomplir. Sur ces plans, des inquiétudes se font jour sur lesquelles il est actuellement trop tôt pour se prononcer:

la question de l'organisation et du cadre économique et administratif dans lequel se déroulera à l'avenir le travail clinique est posée. Les ordonnances ont été publiées mais il faudra attendre leurs décrets d'application pour voir comment seront répartis les lieux de décision, les enveloppes financières ainsi que les moyens attribués pour effectuer les missions demandées et, surtout, quel sera le poids du monde soignant dans ces lieux de décision. Sur ce plan, on peut craindre que les critères économiques ne prennent le pas sur les critères humains et qu'il se pose alors des questions d'ordre éthique : si, en démocratie, le citoyen est au service de la cité et la cité au service des citoyens, en économie, il semble que le mouvement dialectique soit de nature différente. La question se posera donc à terme de savoir si nous demeurons au service des patients et si l'économie, de ce fait, est au service des hommes ou si les hommes doivent être au seul service de l'économie.

Deux procédures interviendront pour décider vraisemblablement du budget des hôpitaux : l'évaluation et l'accréditation des services. Là encore, les informations dont nous disposons sont trop floues pour que l'on puisse inférer sur le devenir de ces nouvelles méthodes, mais le problème qui est d'ores et déjà posé est celui des références. Là encore, si les critères économiques sont retenus en premier lieu, quelle place restera-t-il pour les critères soignants? Quelle place sera réservée aux usagers dans les modalités d'évaluation? Si l'on ne peut qu'acquiescer au principe d'un regard de ceux qui ont recours au système soignant dans l'évaluation de celuici, la question se pose des modalités d'exercice de ce regard en psychiatrie où la relation joue un rôle primordial dans l'évolution du soin.

tout ceci n'est pas neutre puisqu'il est vraisemblable que l'accréditation des services découlera naturellement de cette évaluation et avec elle les budgets. S'il ne s'agit pas ici de contester la nécessaire évaluation du travail effectué et son contrôle par les autorités de tutelles, on peut s'interroger sur les finalités de cette évaluation et les modalités de l'accréditation.

Le philosophe Alain BADIOU<sup>1</sup> a rappelé les limites de la seule préoccupation gestionnaire : "...La médecine bureaucratique... a besoin des "malades" comme victimes indispensables ou statistiques, mais est rapidement encombrée par toute situation effective et singulière de demande. De là que la médecine "gestionnaire", "responsable"... en est réduite à l'abjection de décider quels malades "le système de santé fronçais" peut soigner, et lesquels il doit renvoyer, puisque le Budget et l'opinion l'exigent, mourir dans les faubourgs de Kinshasa".

D'une manière plus large, ceci pose une nouvelle fois le problème du rapport complexe du psychiatre et de la cité. La psychiatrie se situe aux confins de la médecine et de la société. Elle se trouve confrontée aux contradictions et aux interrogations de ces deux champs. Il est souhaitable que la psychiatrie reste dans le champ du soin, mais les missions que lui confie la société sont de plus en plus nombreuses. La responsabilité

Alain BADIOU. L'éthique, Essai sur la conscience du mal, Collection Optiques Philosophique. HATIER 93.

du psychiatre s'accroît. Certes, les moyens dont il dispose sur le plan technique s'accroissent également, par exemple, dans le domaine de la chimiothérapie. Mais, parallèlement, on assiste à une augmentation de la demande, qui devient plus complexe. Comment répondre correctement à l'heure où l'idéologie de l'efficacité et surtout de l'immédiateté prend le pas sur le travail au long cours, qui est pourtant le pain quotidien du psychiatre? Il y a donc là un véritable problème éthique : faut-il soigner ou normaliser? Parler du sujet ne suffit pas à garantir le sujet. C'est un signifiant qu'on utilise à toutes les sauces : aujourd'hui, chacun est-il réellement le sujet de sa propre histoire ou au contraire le sujet d'un laboratoire inconnu, qu'il soit pharmacologique ou économique? Il y a un paradoxe dans la société qui donne à l'individu une latitude de plus en plus grande, où les comportements déviants sont mieux acceptés mais où, lorsque les déviances graves s'expriment, par exemple, lors des crimes sexuels, elle secrète des normes sévères pour tenter de maintenir l'intégrité du corps social. Le monstre qui surgit dans le champ social au travers des médias nous renvoie à la norme comme l'insensé renvoie au

Dès lors, il est fait appel au psychiatre qui est chargé, d'une certaine manière, de garantir cette norme et de témoigner de celle-ci au travers même du caractère monstrueux de l'acte commis. On peut se demander si la société normative paternaliste de naguère ne proposait pas une norme plus claire où le psychiatre trouvait naturellement sa place en restant dans le champ du soin. Le psychiatre doit-il ramener le déviant à un ordre que personne ne veut plus définir, les sociétés ne se voulant pas normatives? Son rôle serait d'assurer que l'acte ne se renouvellera pas, la société exigeant de lui une garantie. Mais le psychiatre peutil dédouaner la société de ses responsabilités? Ces questions se posent en particulier dans les domaines où la réflexion s'en-

gage : les problèmes des adolescents, le suicide, les abus et crimes sexuels, la prise ne charge des personnes âgées... Il y aura dans la réflexion même à peser le rôle du psychiatre et de la psychiatrie et à définir les limites réelles de leur champ d'intervention. L'activité de secteur ne doit pas constituer une fuite en avant. même si l'on continue de diversifier la palette des soins, ce qui est indispensable pour maintenir la qualité de ceux-ci et assurer une adaptation aux découvertes et aux techniques du moment, notre

souci majeur doit rester le patient. Quelles que soient les évolutions à venir, c'est son intérêt qui doit guider nos choix cliniques, institutionnels, orienter nos formations, favoriser le meilleur épanouissement et la responsabilité de chacun dans un ensemble pluridisciplinaire, complémentaire et cohérent. En guise de conclusion, ce commentaire d'Alain BADIOU<sup>2</sup>: "// n'y a qu'une seule situation médicale... la situation clinique... et....en la circonstance. le médecin n'est médecin que s'il traite la situation sous la règle du possible maximal: soigner cette personne qui le lui demande, jusqu'au bout, avec tout ce qu'il sait, tous les moyens dont il sait qu'ils existent, et sans rien considérer d'autre. Et si on veut lui interdire de soigner pour cause de budget de l'État, de statistique de la morbidité ou de lois sur les flux migratoires, qu'on lui envoie la gendarmerie".

<sup>2</sup> op. dixit

Fondation du Bon-Sauveur 65, rue de Baltimore 50000 SAINT-LÔ

Tél.: 0233777777.



# EXCLUSION ET SANTÉ MENTALE Journée-rencontre de Valognes, 4 mars 1997

**Fernand LEBOYER**, maire de Valognes, a souhaité la bienvenue aux participants de cette journée

# À quel titre?

À propos d'un travail de prévention avec un groupe de formateurs et de correspondants P.A.I.O.

G. HIRARD, M.-L. LOSTANLEN et H. ORANGE, D. DELAGE.

### **Préambule**

L'intervention se fit à deux fois deux voix : d'abord les deux psychologues, de la Fondation Bon-Sauveur de Picauville, puis les deux représentants du groupe des correspondants de la P.A.I.O., et des formatrices sans qu'il y ait eu concertation a fin de mieux rendre compte du travail accompli. Nous reprenons dans cet article la même forme pour les mêmes raisons.

Nous travaillons depuis deux ans avec un groupe de correspondants de la P.A.I.O. et de formateurs de divers organismes, spécialement le C.P.S., une journée par mois. Le groupe est toujours ouvert : certains viennent régulièrement, d'autres selon leurs nécessités. Notre méthode de travail est celle d'un groupe Balint : les participants parlent comme ils le souhaitent, des situations posant des difficultés de façon à comprendre

en quoi ils sont eux-mêmes pris dans les difficultés rencontrées. C'est cette prise de conscience qui permet de rendre à chacun ce qui lui appartient et peut faciliter l'action près des jeunes dont il est question, en percevant mieux les démarches à proposer. Ceci dit, beaucoup d'insatisfactions demeurent face aux réalités sociales et familiales de ces jeunes, mais sans le poids d'une culpabilité personnelle qui résulte bien souvent d'une

P.A.I.O.: Permanence d'Accueil, d'Information et d'Orientation.
Structure crée en 1982, ayant pour mission d'accueillir les jeunes sans emploi âgés de 16 à moins de 26 ans. Elle a un rôle d'aide à l'orientation, à la qualification et/ou de soutien à l'insertion professionnelle.

incompréhension et d'un sentiment d'impuissance. Ce groupe s'est constitué après de nombreuses discussions et hésitations. Pourquoi?

Participer à ce travail demande une implication personnelle et ne peut se généraliser sans le libre consentement des acteurs sociaux à titre individuel. On ne peut imposer ce travail à un groupe. Un malentendu persiste

souvent avec ceux qui hésitent à participer : ils pensent devoir parler d'eux. Et bien non, il n'est jamais question de la vie privée des participants. Ce dont il est question, c'est de parler de la façon dont on aborde son travail et de trouver par soi-même, au travers des échanges comment on pourra s'y prendre avec ses coordonnées personnelles. Notre travail, dans sa forme et dans son contenu, ne s'adresse pas particulièrement à ceux qui s'occupent de l'exclusion. Il est de notre éthique d'écouter toute parole de la même "oreille". Ce type de travail, en groupe, avec des personnes qui se côtoient dans la pratique quotidienne, contient en lui-même sa propre fragilité dans sa pérennité. En effet, les aléas relationnels de la réalité peuvent créer des tensions entre les participants qui peuvent alors difficilement analyser ces phénomènes sans remise en cause narcissique trop importante.

GILBERT HIRARD. PSYCHO-LOGUE. Secteur de Cherbourg. C.H. PICAUVILLE.

Travaillant dans le domaine de la formation professionnelle, nous nous trouvons parfois devant des jeunes en grande difficulté, qui présentent des comportements "perturbants" en stage. Les formateurs et les correspondants se trouvent désemparés face à des passages à l'acte nombreux : actes de violence, verbale ou physique, ou à l'inverse grande inhibition, abandons subits de formations, tentatives de suicide, etc. Les conclusions de stages aboutissent quelquefois à ce constat : "problèmes d'ordre psychologique à régler avant de pouvoir aborder le professionnel". Depuis 1991, la P.A.I.O. s'interroge sur la façon de travailler avec ces jeunes. Que peut-on faire? Doit-on exclure à nouveau? Elle interpelle dans sa

réflexion le secteur de santé mentale, l'accent étant mis très souvent sur les troubles psychologiques des jeunes. L'histoire commence alors...

# Rencontre du troisième type

En 1992, un après-midi de rencontre a lieu avec les secteurs psychiatriques du Nord Cotentin, à Picauville. La rencontre n'est pas un échange mais une présentation — oh combien complexe — des secteurs. On nous remet des documents, des cartes, des plans, des listes de noms, une vraie chasse aux trésors! "Voilà comment ça marche, si vous avez besoin de nous, n'hésitez surtout pas!"

# Les tentatives d'approche successives

Des contacts pris avec les différents centres (Colbert, Pierre Male, C.M.P., Les Genêts, etc) nous permettent d'expérimenter... Ainsi, rencontrant un ieune nous semblant en difficulté psychologique, nous sommes en mesure de lui indiquer une adresse, un nom... Nous pouvons parfois l'accompagner, d'autres fois non. Confrontés aux différentes pratiques de chacun, nous nous perdons un peu... "ah, chez vous, c'est au jeune de prendre rendez-vous? OK, je raccroche, rappelle dans trente secondes"....

# "Vos jeunes, ils n'ont pas de demande!"

Au fil du temps, un constat d'échec se fait sentir. Nos histoires de jeunes "qui ont des problèmes psychologiques à régler avant d'envisager de travailler le professionnel" sont toujours aussi lourdes à gérer. Nous arrivons à convaincre, à grandpeine, certains jeunes d'aller rencontrer un psychologue ("mais non, t'es pas fou!"), mais le suivi excède rarement deux rencontres, les psychologues disant d'eux, qu'ils n'ont aucune

demande personnelle... Bon, d'accord, ils n'ont pas de demande... mais ils ont des problèmes, non? Alors, que pouvons-nous faire ensemble?... silence... Il est clair que "nos" jeunes ne sont pas les seuls à ne pas avoir de

certains). Nous sommes dans une relation duelle avec eux et il est parfois (toujours?) intéressant d'ajouter un tiers, un regard extérieur permettant d'avoir du recul. Exposer au sein du groupe de paroles, la situation problématique ressentie



demandes... Nous sentons poindre quelques préjugés... Ces gens du social qui veulent tout "psychologiser", qui nous tournent autour et nous cassent les pieds avec leurs problèmes de jeunes en difficulté... Nous nous sentons exclus... à notre tour... seuls avec notre demande... du temps passe.

# Tout arrive à qui sait attendre

Une proposition émane alors des deux psychologues. Sontils dissidents? Où est-ce un miracle?... La proposition de rencontrer régulièrement un groupe de jeunes en stage nous apparaît comme une acceptation d'entendre notre demande qui, par ailleurs a évolué. Le : "j'ai un jeune dans mon bureau qui aimerait prendre rendezvous avec vous", se transforme plus facilement en "j'aimerais que ce jeune vous rencontre" et même: "j'aimerais vous parler de ce jeune"... Il s'est passé cinq ans... Naît alors l'actuel groupe de paroles.

# En quoi cette démarche est intéressante?

Nous travaillons sur et avec des jeunes pendant un temps qui peut être très long (10 ans pour

avec un jeune, dans le fait même de dire, force à la clarification de la situation. On remet les choses (les individus?) à leur place. Qui fait quoi? À quel titre? Déculpabiliser dans une situation, avoir moins peur de ne pas avoir quelque chose à proposer au jeune ne peut que permettre plus d'ouverture, et ainsi, laisser parfois émerger une demande. Grâce à ce groupe de paroles, psychologues, correspondants, ou formateurs peuvent assumer pleinement leur travail : le champ d'intervention des premiers reste la parole (parole du jeune, la nôtre, les deux à la fois) et peut permettre de guider nos interventions dans la réalité sociale. Dans ce domaine où l'on "s'occupe" des exclus, éviter de laisser le champ libre à des approches peu ou pas soucieuses d'une certaine déontologie concernant la personne humaine, devrait être une des préoccupations des professionnels de la santé mentale. On sait en effet combien, dans ce secteur-là, les échanges entre professionnels peuvent parfois frôler le trafic de paroles...

MARIE-LAURENCE LOS-TANLEN, HÉLÈNE ORANGE Correspondantes P.A.I.O. Quels enseignements peut-on dégager de cette expérience de travail? C'est ce que je vais à mon tour, essayer de dire brièvement. Il s'agit donc d'une expérience en deux temps :



d'abord faite de rencontres avec des groupes de jeunes durant leurs stages de "mobilisation adaptée" (selon la terminologie en vigueur): puis avec des professionnels des organismes concernés (P.A.I.O., centres de formation). D'où il ressort que les premiers, même si nos échanges sont restés empreints de bonne humeur et de convivialité, ont très nettement exprimé leur résistance à voir psychologiser leurs difficultés. Nous avons pu y entendre un refus de prêter le flanc à un redoublement de l'exclusion? Un énoncé du type "vous avez des difficultés d'insertion majorées par vos problèmes personnels, allez voir un psy", s'avère irrecevable pour beaucoup : ceci n'empêche pas quelques-uns de pouvoir entamer, à un moment ou un autre de leurs parcours, une démarche individuelle; mais enfin pour d'autres, ça ne marche pas, ce mode d'adresse au psy. Certains n'en veulent pas et s'y opposent pour des raisons qui peuvent être variées, mais qui ont à être considérées comme légitimes et respectables. L'hypothèse avancée ici est, qu'au travers de cette opposition, se manifeste la nécessité de sauvegarder une question qui s'adresse au politique – au politique au sens de la vie dans la cité – et que dans ce sens, c'est une façon de se déprendre d'une position qui ne serait que victimisante (ou trop dévalorisante si elle est perçue comme venant confirmer le diagnostic d'exclusion posé par d'autres). Ça n'est là qu'une signification parmi d'autres de cette "résistance",

> mais qui pour paradoxale qu'elle puisse paraître, me semble ne pas devoir être négligée, en ce qu'elle pose la question de la psychiatrie en général et des psychologues en particulier, dans le

dispositif; et celle de savoir précisément à quel titre ils y interviennent et avec quelle visée.

La résistance dont nous parlons à propos de ces jeunes, est à entendre dans son double mouvement : résistance à l'ex-

clusion autant qu'à certaines tentatives d'inclusion; elle est en quelque sorte le répondant du souci si prisé de "collaboration" entre professionnels, en même temps que son aiguillon. C'est ainsi que se déduisent pour moi quelques écueils à éviter si on veut au moins ne pas nuire, ce qui est la moindre des choses mais qui ne va pas toujours de soi. À trop vouloir psychologiser les problèmes

sociaux, on traite l'individu comme s'il était seul responsable de ses difficultés, en le figeant dans une image d'incapable ou d'inadapté. L'effet produit risque alors d'invalider un peu plus la capacité de ceux qui se voient désignés comme exclus, à intervenir dans le débat en tant que citoyens. Selon un autre versant idéologique, revers de la même médaille, on peut se vouloir au service d'un idéal du bien et sous le coup de notre sensibilité au poids de la misère sociale, concevoir des exclus qui ne seraient que pures victimes de la société, sans être impliqués dans leur malheur. Une telle victimisation du sujet

le prive de sa parole et de sa responsabilité; elle renforce l'identification à une place d'exclu contre laquelle elle croyait protester.

Certes, il existe un penchant humain à s'envisager comme victime, à préférer le drame d'un traumatisme ou d'une exclusion, à la banalité de son malaise ou de sa pathologie, mais si on vient entretenir ce penchant, lui donner consistance, on enferme le sujet dans une demande de réparation (qui vise à annuler toute dette)cf. Ch. MELMAN - Apertura n° 13.

C'est peut-être là que ceux qui se préoccupent de la réalité psychique, ont à énoncer une rupture de lien. Dans certaines situations proposées au groupe (ce n'est pas le cas de toutes), l'impact du réel est si massif que l'intrication du psychique et du social en est d'autant mise en relief. Il y a ainsi des accumulations de détresses qui ne peuvent que générer un sentiment d'impuissance et de désarroi. Il s'agit donc d'essayer de soutenir un lieu de réflexion et d'élaboration où, si l'on se doit d'être attentif à la réalité des faits, on laisse néanmoins place dans la parole, à ce qui va décider du sort à donner à cette réalité pour chacun – au cas par cas. L'instauration d'une distance et d'un temps nécessaire peut parfois permettre de sortir de la sidération initiale et d'entendre autrement. Cette démarche



éthique où chacun est à considérer comme porteur d'une parole, par quoi il peut répondre de sa position et de ce qui fait pour lui, ses raisons de vivre, de ce qui le détermine, aussi bien que de ses choix et de sa marge de manœuvre. Pour en venir enfin au groupe de travail tel que nous l'exposons ici, il est à concevoir comme un moyen parmi d'autres de traiter des rapports entre souffrance psychique et désocialisation. C'est en tout cas, une dimension qui se dégage de l'écoute des professionnels (formateurs, correspondants) et de leurs rencontres avec des individus en

reste fondée sur une clinique de la singularité et si on peut parler de lutte contre l'exclusion, c'est à la condition de laisser une place à la reconnaissance de la différence de l'autre. Certaines difficultés sont rencontrées qui ont été évoquées avant moi, ajoutons qu'il est sans doute difficile aujourd'hui, de ne pas participer au consensus d'un idéal social qui présuppose une jouissance commune, identique pour tous, c'est-à-dire qui ne veut rien savoir ni du désir, ni du malaise et du manque inhérent à l'être parlant.

Dominique DELAGE, Psychologue, secteur de CHER-BOURG, CH PICAUVILLE.



# L'assistant social face à la santé mentale : ses moyens, ses limites

Par Marie-Claire DESPRAIRIES-PAILLARD, assistante de service social

### Les moyens du service social polyvalent de secteur

Sa finalité est de concourir au développement et à la promotion des individus afin de les aider à conquérir, à préserver ou à retrouver leur autonomie et à prendre en charge leur vie personnelle et communautaire. L'assistant social vise donc à :

- informer et à orienter les personnes et leurs groupes,
- aider à faire face à l'ensemble de leurs difficultés qu'elles soient d'ordre sanitaire, social, économique ou psychologique,
- susciter leur dynamisme propre et leur capacité de relation.
- être médiateur entre les individus et les institutions,faciliter l'expression, le
- regroupement et la transmission des besoins perçus. Pour ce faire, l'assistant social pratique l'écoute dans une relation d'aide. L'aide c'est une relation d'assistance au sens suivant : "accompagner dans un temps déterminé une personne, une famille ou un groupe dans un cheminement pour mieux vivre ses choix tout en prenant en compte le territoire dans lequel s'opèrent ses choix". En accompagnant et en soutenant ce cheminement. l'assistant social essaie de créer une relation de confiance et affine une évaluation de la situation en repérant les blocages et les freins au changement, pour mieux adapter son aide mais aussi pour proposer d'éventuels relais. Au-delà des relais des travailleurs sociaux spécialisés comme les délégués

à la tutelle ou les éducateurs en milieu ouvert, le partenariat des associations, des élus, des solidarités locales sont indispensables. L'assistant social n'est pas là pour s'approprier la pauvreté. Son rôle consiste plutôt à ce que les difficultés de la population soient mieux prises en compte aux différents niveaux, en participant à créer du lien social et des solidarités. Le travail social et la psychiatrie : les limites.

Dans de nombreuses situations. les assistants sociaux arrivent à la limite de leurs compétences et les relais ne sont pas toujours présents, en voici quelques exemples : des personnes fragiles, peu qualifiées deviennent inadaptées à leur poste de travail. Elles sont exclues du secteur économique Leur fragilité augmente, des maladies physiques ou mentales apparaissent. Comment les aider à ne pas cheminer vers l'exclusion? Des personnes âgées entre 35 et 55-60 ans sont de plus en plus nombreuses à être isolées. marginalisées après avoir travaillé pendant cinq, dix ou quinze ans et avoir eu une famille. Comment les re-dynamiser: comment les insérer? Des chefs de famille devenus inactifs... leurs enfants devenus majeurs également inactifs... ces majeurs devenus jeunes parents... et c'est tout un système familial qui se marginalise. Avec la disparition des repères, des valeurs et des règles de vie, c'est l'apparition d'importants

dysfonctionnements. La limite dans l'aide arrive très vite quand le seul service social est porteur d'une idée de changement, car cela engendre un profond sentiment d'inquiétude pour la personne qui met en place des défenses. De l'atti-

déjà victimes de toxicomanie ou d'alcoolisme, sont déjà en voie d'exclusion. Comment les aider, comment leur donner une deuxième chance?

Tous ces exemples, et bien d'autres, mettent en évidence les limites de nos moyens tra-



tude de l'environnement social, des élus, des autres professionnels dépend le déblocage de la situation. Les soignants, qu'ils soient médecins généralistes ou spécialistes, ont un rôle très important car le poids de leurs paroles est considérable. Comment mieux travailler en concertation pour que le rôle d'aide des uns puisse renforcer les soins ou les thérapies des autres et inversement et ainsi éviter la marginalisation de toute la famille?

Des malades mentaux sont marginalisés, mais refusent néanmoins une prise en charge

médicale. Comment les amener à se soigner?

Des jeunes de plus en plus nombreux, fragiles, sans qualification professionnelle, intolérants aux contraintes, refusant tout effort, ditionnels. Les difficultés des personnes ne doivent pas concerner seulement les travailleurs sociaux. Susciter des dynamiques d'insertion ou de réinsertion est l'affaire de tous : des associations, des élus, des socioprofessionnels, des citoyens.

Comment la psychiatrie peutelle s'inscrire un peu plus dans cette dynamique? Comment parler à nouveau "prévention" et participer à une organisation de société où l'homme en serait un peu plus le centre avec un droit à la dignité, qu'il soit malade, handicapé ou âgé?

Circonscription d'Action Sociale : BP 353, 50500 CARENTAN. Tél. : 02 33 71 63 63

# **Exclusion et santé mentale**

Par Anne HEINIS, sénateur de la Manche



es pays communistes offraient du travail sans liberté. Ils ont explosé. La France, comme d'autres nations occidentales, offre la liberté mais ne parvient pas à donner de travail. Elle risque également d'exploser.

La conjugaison "Travail et Liberté" semble donc être au cœur des problèmes que doivent résoudre les pays dits "développés", c'est-à-dire ceux qui pratiquent une économie marchande. Sans doute gagnerait-on à approfondir ce point. Le mot "travail" a ici une acception bien précise. C'est une activité rémunérée qui permet de vivre, ou de survivre, et vous rattache à un groupe social - les ouvriers, les cadres, les salariées, les indépendants, etc... Ainsi, le travail de la mère de famille, non rémunéré, n'est pas comptabilisé comme tel. Alors que si elle paie une personne pour faire exactement la même chose. cela devient un "travail". On pourrait multiplier les exemples. Il faut donc distinguer les occupations, les activités qui, même si elles sont très prenantes, ne sont pas considérées comme "travail" dès lors qu'elles ne sont pas rémunérées. À ce titre, on peut dire que le "travail" est une valeur "culturelle" de nos sociétés, c'est-à-dire considéré comme important et valorisant par l'opinion générale, ce qui n'est pas le cas dans toutes les sociétés, notamment celles qui pratiquent encore une économie de troc, ou voisine de celle-ci. Ceci explique, au moins

en partie, le poids du chômage dans les phénomènes d'exclusion. Notre société valorisant le "travail" comme moyen d'assurer son existence et sa place dans des groupes sociaux, les chômeurs, ceux qui n'ont pas de travail malgré leurs efforts. ressentent un sentiment d'exclusion, source de souffrances. car l'être humain est constitutivement un "homo socialus", même s'il n'est pas que cela. Pour autant, tout chômeur n'est pas un "exclu", terme désignant, de nos jours, des personnes en très grande difficulté, notamment sur le plan du comportement. Il semble que les sciences humaines aient davantage mis l'accent sur l'étude des besoins psychologiques de l'individu, sans doute parce qu'il émergeait petit à petit du collectif, que sur ses besoins sociaux, qui sont cependant concomitants. Les grands besoins, traditionnellement enseignés, de sécurité, d'affection, de reconnaissance ou de considération - bien voisins -, de proximité, d'appartenance, peuvent-ils être satisfaits autrement que par les "autres", c'est-à-dire par ceux avec lesquels va se constituer le "lien social"? Le "lien social" n'est, en effet, rien d'autre qu'une réponse réussie à ces besoins, réponse qui se fait dans le temps, par une sorte de succession de satisfactions et d'échecs surmontés. Réponse aussi qui n'est jamais totalement terminée, les événements douloureux ou choquants de la vie pouvant, un jour, faire basculer

un équilibre peut-être plus fragile chez certains - on sait très bien que les épreuves fortifient les uns et abattent les autres, phénomène que l'on retrouve fréquemment chez les "exclus" dont on dit qu'ils sont plus "effondrés" que "révoltés" -, la cassure ou la défaillance forte du lien social semblant aller de pair avec celles de la personnalité. En effet :

- la construction identitaire, qui fait que chacun se sent assez fort pour se sentir différent de l'autre.
- la socialisation, qui est la capacité d'intégration dans des liens communautaires de proximité.
- les représentations sociales de l'imaginaire collectif, très fortement dépendantes des époques et des cultures.

sont des composantes fortes du lien social, la citoyenneté en étant l'expression politique, en l'occurrence l'expression la plus élaborée. En matière identitaire, l'expérience et l'observation montrent que la relation à soimême se construit à partir de ce qu'on est - son capital potentiel à la naissance, en quelque sorte - et dans la relation avec l'autre. Si cette construction se fait mal, qu'elle qu'en soit la cause, elle débouche sur un "mal-aise". À l'extrême, elle peut concourir à des dérèglements mentaux, qui privent la personne de sa capacité d'adaptation au monde réel et aux autres. D'après tous les témoi-

gnages que l'on peut recueillir, il semble bien que l'on retrouve prioritairement chez les exclus une sorte de "brisure" du lien social, liée à l'accumulation de facteurs négatifs, qu'ils soient personnels, économiques, sociaux, spatiaux, familiaux, éducatifs, culturels... En se cassant, il a privé la personne de la moitié d'elle-même, ce qui expliquerait peut-être cette sorte de désinvestissement de soi, de sentiments de solitude abattue, d'incapacité à réagir, que l'on retrouve souvent chez les personnes en grande difficulté. Les psychiatres s'accordent à dire que les symptômes des exclus ressemblent comme des frères aux symptômes pathologiques et qu'ils éprouvent de grandes difficultés à différencier, dans leur signification, des signes apparemment semblables. On sait que l'exclusion engendre une souffrance mentale et sociale, mais comment différencier la désespérance de la dépression? Telle est la question. L'homme a besoin de sens. C'est un besoin spirituel ou, à tout le moins "immatériel" dont l'insatisfaction peut conduire au désespoir et dont la satisfaction passe par une forme de relations privilégiées avec certains. N'y a-t-il pas là une des clefs de la différenciation des signes sem-

N'y a-t-il pas des sens "**égarés**" qui s'évadent de la réalité, au point de devenir pathologiques? Des sens "**pervertis**", comme dans les bandes de délinquants, où le lien social est fort mais se

retourne dans une violence destructrice contre une société qu'ils rejettent parce qu'ils n'y retrouvent pas leur place? Des sens "brisés" par la douleur et l'infortune de la vie? Les signes ne prennent tout leur sens que dans leur contexte, c'est-à-dire resitués dans la vie de chacun, ce qui nécessite une approche et une écoute personnelle sur le terrain puisque le lien social est toujours le fruit d'une relation avec un autre. Et c'est bien dans ce sens que travaillent les équipes expérimentales citées dans le rapport extrêmement intéressant, intitulé "Une souffrance qu'on ne peut plus cacher". (rapport LAZARUS, de février 1995.) Je suis frappée par le fait que tous les témoignages de ceux qui sont sortis de l'exclusion commencent toujours ainsi : "j'ai commencé à m'en sortir le jour où X... m'a écouté, m'a regardé, m'a parlé comme une personne ne l'avait jamais fait avant", comme s'ils situaient dans cette écoute privilégiée une sorte de déclic du début de la renaissance du lien

social. Il convient toutefois de distinguer deux sortes d'écoute, car il semble y avoir quelques confusions dans ce domaine :

- **l'écoute de l'autre**, qui est affaire de tous car c'est la réponse à l'un de nos besoins sociaux fondamentaux et nul ne sait qui provoquera, un jour, ce déclic,
- l'écoute thérapeutique, qui s'adresse aux malades mentaux et qui nécessite une formation et des conditions d'exercice spécifiques.

Toute la difficulté est de savoir qui a besoin de quoi, ce qui relève de l'action sociale ou de l'action thérapeutique ou, parfois, des deux. L'être humain est trop complexe pour être découpé en tranches. C'est la faiblesse de nos moyens de compréhension et d'approche qui nous obligent à passer par des cheminements différents. Mais ces approches ont pour but d'aider à reconstituer une unité brisée. C'est pourquoi il y a sûrement une pressante nécessité à développer une complémentarité entre :

- les services sociaux, plus particulièrement chargés du traitement des problèmes que rencontrent les personnes dans les différentes démarches qu'elles doivent effectuer pour bénéficier des aides auxquelles elles peuvent prétendre,
- et les services psychiatriques de secteur, qui s'occupent du traitement thérapeutique des malades mentaux.

La mise en commun, l'échange de ce que chacun entend dans ses fonctions, que ce soit dans la phase d'orientation et d'accueil ou dans le déroulement des actions menées, ne peut que concourir à une meilleure approche qualitative des personnes concernées. Conserver à chacun la part de liberté qu'il peut assumer, ne pas le déposséder de l'usage de son destin dans toute la mesure du possible, c'est restaurer, au moins partiellement, le sens de la responsabilité individuelle nécessaire à l'existence du lien social.

En dernier lieu, une troisième complémentarité s'avère tout aussi nécessaire, c'est celle dè l'action politique. C'est à ce niveau que doivent se décider les politiques de prévention s'attaquant aux conditions de travail, aux conditions de vie, aux modèles de formation, dans une vision qui place l'homme au centre de sa réflexion. Concilier humanisme et économie, car le travail et l'emploi en dépendent, "liberté" et "travail", qualitatif et quantitatif, c'est le grand défi de l'époque moderne, mais ceci nécessite que l'information du terrain remonte sans cesse vers les "politiques", en particulier les élus nationaux, qui doivent faire le lien entre la population qu'ils représentent et le Gouvernement. C'est de l'exploration et de la confrontation des données, des besoins, des aspirations, des ressources, que doivent naître les solutions potentielles qu'il faudra, sans doute, expérimenter et évaluer pour en mesurer les résultats. En ce qui concerne les exclus, l'urgence est pressante.

# Implications d'un secteur de santé ément le dispositif mis et le contenu de nos ions, il nous semble Par A FINIEL payerbalary a secteur se Saint Lâ LL PRIXTEL directeur de la Missiene

Par A. FINEL, psychologue secteur se Saint-Lô, H. BRIXTEL, directeur de la Mission Locale du Centre Manche, N. MARTINEZ et R. LECARDONNEL, conseillers Équipe d'accueil et de suivi Association Édouard Toulouse

plus précisément le dispositif mis en place et le contenu de nos interventions, il nous semble utile de rappeler brièvement le contexte et l'historique de l'implication du secteur de Santé Mentale de Saint-Lô dans le champ social en relation avec le thème de cette journée "Exclusion et santé mentale". Nous voudrions rappeler tout d'abord que le partenariat champ social - champ thérapeutique est l'outil sur lequel s'est appuyée la désinstitutionnalisation et la politique de secteur bien avant que les mots de partenariat et de réseau ne soient devenus aussi porteurs qu'il s'agisse de permettre à des patients chroniques de vivre

dans la communauté après des années d'hospitalisation ou de maintenir des patients dans leur environnement en utilisant les ressources de cet environnement. Les équipes soignantes se sont alors appuyées sur le réseau social pour soutenir des projets individuels d'insertion ou de réinsertion sociale. S'agissant d'insertion professionnelle, nous avons continué

dans la même logique, endossant notre rôle de "passeur" - terme que nous empruntons au Docteur BAILLON, psychiatre de secteur - mobilisant les ressources et les compétences nécessaires dans le champ social pour accompagner ces parcours de réhabilitation dont l'objectif premier est de retrouver une place dans la société comme citoyen. Certains exprimeront

une aspiration à retrouver une place dans la société par le travail, signifiant que le travail demeure un support essentiel du statut de la personne et de l'identité sociale. L'identité sociale pose en effet la question de l'appartenance sociale et de la reconnaissance sociale de la personne. Il va sans dire que ces questions dépassent largement le champ du soin. Tenter d'y



répondre peut même apparaître comme un défi, ce défi est d'abord posé par le patient luimême qui entame un parcours de revalorisation, de réhabilitation par le travail, au moment où dans une société où le travail se fait rare, des valides sont invalidés par la conjoncture. Pour nous, soignants, accompagner ces parcours de réhabilitation ne pouvait se faire sans implication et engagement de notre part dans des actions situées comme recherche - action facilitant les interfaces entre le social et le thérapeutique. Parallèlement, les professionnels du secteur social (Mission locale, Centres de formations, Foyers d'hébergement) s'adressaient à nous, soignants de secteur de Santé Mentale, attendant une aide de notre part pour répondre aux besoins d'ordre psychologique d'un public jeune en grande difficulté d'insertion. Une réflexion impulsée par la D.D.A.S.S., s'est engagée, entre l'équipe de la Mission Locale et les psychologues du C.M.P., afin d'analyser cette demande. Un point de départ a été de faire connaître les lieux d'accueil et d'écoute possibles par rapport à ces besoins d'aide psychologique, notamment dans les Centres Médico-Psychologiques. Il nous est cependant apparu nécessaire d'améliorer l'accessibilité de ces lieux d'écoute sachant que les jeunes vont difficilement vers les lieux de soins, notamment psychiatriques, même banalisés. Une permanence de psychologues a été mise en place deux après - midi par mois à la Mission Locale. Une réponse complémentaire a été d'instaurer des réunions de régulation avec les professionnels, réunions concues comme des espaces de réflexion, d'échanges, de parole autour de ces situations vécues comme difficiles par les conseillers et à propos desquelles ils interpellent les "psy" en alléguant la souffrance psychologique du jeune. Or, ces jeunes en souffrance ne sont pas prêts, pour la plupart, à rencontrer un "psy". La demande d'aide est souvent portée par le conseiller.

C'est probablement à cette étape que le conseiller a besoin d'outils pour analyser la situation, y définir son rôle, avec ses limites, ses responsabilités et ses possibilités, conduire ces entretiens dans le respect de l'autre et du cadre de l'intervention qui n'est pas un cadre thérapeutique. La réflexion qui s'élaborera dans ce cadre de la rencontre jeune-conseiller (ou jeune-formateur) permettra qu'un espace thérapeutique puisse se dégager ailleurs, dans un lieu thérapeutique, si la demande du jeune évolue dans ce sens. Cette collaboration entre la Mission Locale du Centre-Manche et le secteur de Santé Mentale de Saint-Lô existe depuis 1992, formalisée par une convention. C'est dans ce contexte partenarial que le secteur de Saint-Lô a développé ses projets dans le domaine de l'insertion. La création de l'espace Édouard Toulouse, en décembre 1995, à l'initiative conjointe du Secteur et de la Mission locale entérine cette pratique. L'objectif l'Association a été de donner

un cadre au partenariat entre le champ social et le champ thérapeutique pour gérer et promouvoir des actions ayant pour objectif l'insertion sociale et professionnelle des personnes fragilisées ou handicapées par des problèmes de santé mentale. Depuis 1993, ces actions se réalisent dans le cadre d'un programme de développement des ressources humaines et de lutte contre l'exclusion soutenu par la Communauté Européenne (Fonds social Européen). Des actions de formation ont ainsi pu être réalisées, en partenariat avec le Centre de Promotion Sociale de Saint-Lô. Ces stages en alternance intitulés "Élaboration d'Itinéraires d'Insertion Professionnelle"ont pour objectif d'aider la personne à situer le travail dans son projet, développer une dynamique personnelle, clarifier et préciser les étapes d'un cursus. La structure d'accueil et de suivi de l'insertion créée en juillet 1996 et animée par deux conseillers ayant une expérience de formateurs, est conçue comme un espace intermédiaire d'évolution offrant l'accompagnement et les médiations utiles aux usagers pour construire un projet d'insertion sociale et professionnelle. Elle travaille en lien avec la psychologue et l'assistante sociale de secteur. Ses missions sont l'accueil. l'information, l'orientation, la réalisation et le suivi des parcours d'insertion. L'équipe assure l'accompagnement social nécessaire ainsi que le lien avec le secteur économique et les dispositifs d'insertion existants. Elle s'appuie sur les différents outils offerts : les activités des centres sociaux (réseau échanges de savoirs, ateliers d'insertion), les prestations de l'A.N.P.E., la préformation et la formation professionnelles, la loi de 1987 pour les personnes reconnues "travailleur handicapé", les mesures pour l'emploi aidé (C.E.S., C.I.E.). Après quelques mois de fonctionnement, nous pouvons dire quelques mots du public accueilli. Nous pouvons différencier parmi ce public, jeune et adulte, deux typologies dominantes. D'une part, des personnes suivies par le secteur psychiatrique, en demande de retrouver une place dans le groupe social et/ou professionnel. Ces personnes se caractérisent le plus souvent par l'absence d'expérience professionnelle (ou une expérience antérieure très lointaine); elles ont effectué un parcours de réadaptation sociale, elles tiennent compte de leurs difficultés pour toute projection. D'autre part, des personnes adressées par le secteur social, en situation d'échec et rupture répétés dans leur parcours d'insertion, et pour lesquelles des problèmes psychologiques sont repérés par les divers intervenants. Ces personnes sont en situation de malêtre et de marginalisation; elles verbalisent rarement leurs difficultés psychologiques. Tous expriment la souffrance liée à une situation d'isolement et le désir de reconnaissance sociale. Dans un premier temps, la structure est investie comme un lieu d'écoute, répondant à une demande d'insertion et non de soins. L'accompagnement s'effectuera à partir d'un consensus sur la démarche globale d'insertion. La forme, la fréquence, la durée varient selon le potentiel de la personne et selon sa demande. Nous participons, dans cet espace, à aider la personne à appréhender la réalité sociale et économique. Dans cette confrontation à la réalité, nous acceptons qu'elle ne puisse pas se faire ou s'engager à un moment donné. Il nous semble important de respecter la notion de temps et d'aider les personnes à définir leurs priorités. L'objectif de notre accompagnement est d'aider la personne à passer de l'état de donataire à celui de donateur dans sa démarche d'insertion.



# Précarité, exclusion et santé mentale : vers une problématisation du malaise et des réponses possibles

Par Jean FILMONT, psychologue, C.H. Picauville

ne intervention visant à problématiser les coordonnées d'une rencontre comme celle de cette journée entre les professionnels de la Santé Mentale et ceux de l'Action Sociale rencontre de suite la question du choix entre une parole exclusivement théorique, et une parole plus proche des situations concrètes. À dire vrai, le caractère de relative nouveauté des questions suscitées par l'actualité des collaborations possibles ou supposées telles entre les Travailleurs Sociaux et les travailleurs en Santé Mentale, ainsi que l'étendue considérable des considérations théoriques susceptibles d'intéresser les dites collaborations m'ont convaincu d'opter pour la seconde solution, à savoir un exposé visant à dégager les principales coordonnées de ce que le titre nomme "malaise" à partir d'une situation clinique, et ce même s'il ne s'agit pas d'une situation de clinique psychiatrique. J'ai eu en effet l'occasion de rencontrer régulièrement des moniteurs de chantiers d'insertion travaillant dans et pour une association d'insertion par l'économique avec des bénéficiaires du R.M.I., la plupart du temps en situation de grande précarité. Précisons dès maintenant que ces rencontres avaient lieu à la demande des responsables de l'association en question ainsi que des moniteurs euxmêmes et qu'elles visaient à

permettre, en la seule présence des moniteurs, une élaboration plus satisfaisante des situations critiques rencontrées sur les chantiers par les moniteurs dans leurs relations avec les bénéficiaires. Lors d'une de ces rencontres, dans le courant du premier semestre 1996, j'y avais trouvé une situation tout à fait exemplaire à mon sens, du malaise qui nous réunit aujourd'hui. En effet, pendant le temps de cette rencontre, et ce malgré le cadre depuis longtemps posé, dont l'expérience montrait la possibilité du bon fonctionnement, les deux moniteurs présents - il en manquait quatre - ne purent parler d'une situation critique dans le travail avec un bénéficiaire sur un chantier. Au lieu de cela, ils furent amenés, doucement mais sûrement, à parler, parfois plus entre eux qu'avec moi d'ailleurs, de leurs difficultés à assumer les tâches qu'on leur confie. Ce ras-lebol, massif malgré le petit nombre, passant par l'exposé de conditions de travail tout à la fois déplorables et intenables, débouchait en particulier, sur la revendication d'un besoin de vie personnelle, et non professionnelle, et d'un temps à sauvegarder pour cette vie-là. Mais que se passait-il donc? Dans une ambiance d'angoisse et de culpabilité - plus ou moins mal cachées -, un franc découragement s'exprimait, évoquant fortement ce qui a été décrit

comme syndrome du burnout chez certains soignants, et qu'on pourrait résumer dans une expression comme "on n'y arrive plus". Les quelques éléments de revendication. soit sous la forme d'un "personne-ne-pourrait-y-arriver" soit sous la forme d'un repli sur des satisfactions plus personnelles que professionnelles, ne permettaient pas de dissiper le trouble; ma simple présence, d'ailleurs parfois quelque peu court-circuitée comme je l'indiquais plus haut, non plus. Et, chose importante, me semble-t-il, que l'absentéisme rendait criante, le groupe ne remplissait plus sa fonction de solidarisation. Ce qui se passait me renvoyait à l'idée d'une dispersion, d'une fonction groupale défaillante. En un mot, comme on dit du social, cela manguait du ciment! De cette situation, de cette presque mise en scène du malaise, je dirais quelques mots ainsi : le découragement exprimé, dans la culpabilité latente qui régnait, prend le caractère d'un abandon, d'une résignation, voire, en forçant un peu le trait, d'une démission; l'angoisse, quant à elle, trouve à s'associer à des fantasmes de débordement, de contagion, ou encore d'épidémie. Ici, on peut mettre en marche, en moins de temps qu'il n'en faut pour le dire cette science des signes qu'est la sémiologie psychiatrique et diagnostiquer une problématique anxio-dépressive, peutêtre à traiter immédiatement, soit avant d'avoir poussé la compréhension plus loin. En effet, sur cette formation symptomatique, il est aisé de se mettre d'accord : c'est bien le malaise qui se laisse entendre dans une expression comme "faut pas se laisser abattre", expression qui signe la proximité imaginaire de l'abattement, justement! Mais pourquoi donc ces symptômes, pourquoi, dans cette situation, tout se dénoue-t-il? Pour ne pas laisser de côté ce qui se présente comme origine de ce malaise, et ne faire que de remettre le problème à plus tard, indiquons que depuis la fin de l'année précédente, soit depuis le moment des renégociations des financements des chantiers et ateliers d'insertion de l'association, depuis les changements d'effectifs - départs et arrivées des moniteurs - qui avaient accompagné ces renégociations, le malaise se faisait de plus en plus perceptible, les risques de fermeture de certains lieux d'activité, ainsi que les risques spécifiquement économiques de commandes potentiellement en baisse, ayant commencé par entraîner pendant les réunions, un absentéisme nouveau et une lassitude jusqu'alors moins marquée. Dans l'association en question, comme dans beaucoup d'autres, la survie tient à peu de choses et les risques retentissent gravement sur l'activité. À mon sens, c'est bien le terme de "précarité" qui vient nommer le pourquoi du malaise, la précarité d'avant l'exclusion, et s'il faut préciser : précarité du travail de ces travailleurs sociaux. Comment parvenir à défendre le travail, car c'est bien là leur mission, guand on est à mal, comme poussé à la faute - et on aura là de quoi entendre quelque chose de l'atmosphère de culpabilité plus haut rapportée dans l'exercice même de cette fonction. Le fait est le suivant : ces moniteurs n'y arrivaient plus. Et c'est alors un bien dangereux jeu de miroirs qui se joue entre une population exclue du travail et une population aidante en précarité de travail. Le dénouage manifesté par l'absentéisme se loge précisément au point où c'est justement cette fonction menacée du travail qui réunit le groupe : ils étaient cimentés en tant qu'ils étaient du même travail. Ouand le ciment s'effrite, les pierres s'isolent. De manière plus globale, alors, cette précarité généralisée, ou cette MST - maladie socialement transmissible - comme on peut le lire parfois, qu'on pourrait mettre en évidence dans d'autres lieux (les entreprises ou les écoles par exemple), est bien constitutive de l'aujourd'hui de notre vie ensemble; et la situation ici rapportée à des fins de démonstration, est l'expérience, faite hic et nunc, par un petit groupe, d'un malaise de civilisation, ou de structure si l'on préfère, qui nous dit que la fonction du travail est menacée, en précarité. La quantité - le chômage de masse -, l'impuissance collective - et non seulement politique - amènent une souffrance dont on dit qu'elle ne peut plus se cacher, avec ses degrés : de l'insécurité du travail à l'absence de domicile fixe, mais aussi avec ses demandes, soit ses expressions adressées. Aussi cette précarité de la fonction du travail se manifeste-t-elle comme collective : non comme souffrance sociale, mais comme souffrance dans le social. Et quoi de plus logique, dans la mesure où parler de souffrance dans le social en période de chômage structurel comme on finit par

accepter de dire les économistes, est un truisme, le travail étant à l'évidence un des modes majeurs de l'expression de la fonction sociale, et plus largement de la fonction de civilisation? Lien social en crise, crise de la citoyenneté comme disent les politiques, ou encore défaillance de l'intégration - ou encore de l'affiliation - sociales, voici autant d'expressions, me semble-t-il, qui cherchent à identifier ce qui est venu s'établir avec la crise économique. À ce niveau-là, le malaise trouve à se comprendre comme un symptôme de masse, mettant en échec les colmatages politiques - traitement du chômage et de la fracture sociale - et les institutions concernées; renvoyant la collectivité aux questions posées par les décisions politiques envisageables. Si mon propos n'est pas de pousser plus loin les réflexions à caractère sociologique et politique, il reste que c'est bien là le contexte global de la demande adressée à la Santé Mentale, demande qui nous réunit aujourd'hui et à laquelle nous allons nous attacher pour conclure. Non sans avoir indiqué cependant que, si à ce niveau global, le malaise appelle des réponses elles aussi globales, soit en particulier politiques, ce même malaise revêt des formes qu'on pourrait dire microsociologiques - et la situation ici rapportée le montre aisément -, ou encore des formes indi-



viduelles - qu'on pourrait identifier par exemple dans ce que peuvent vivre des sujets mis au chômage -, ce qui montre comment la fonction du travail se trouve précarisée de manière structurelle et non pas localisée. De ce point, je tiendrais pour signe, si ce n'est pour preuve, l'impossibilité clinique souvent avancée par les intervenants de distinguer chez les sujets en situation d'exclusion ce qui ressortirait d'une dépression - supposé malaise à adresser au psychiatre - de ce qui ressortirait d'un désespoir - à adresser aux travailleurs sociaux -, impossibilité clinique qui me paraît montrer comment la fonction est précarisée dans ses différentes expressions et non pas seulement dans certaines d'entre elles. Venons en alors à la question de cette demande adressée à la psychiatrie, autrement dit à la question de ce que la Santé Mentale peut venir faire dans tout ceci. Je dois dire qu'une pareille demande a toujours commencé par m'étonner, et que c'est d'ailleurs l'impression que j'avais face à ce groupe rétréci de moniteurs de chantiers d'insertion me demandant d'abord ce que je faisais là. C'est qu'en effet, la demande adressée au secteur de la Santé mentale ne l'est à l'évidence pas par les exclus eux-mêmes dont les représentations de l'hôpital psychiatrique et des "psy" en tous genres sont telle que cela les

à chercher à éviter presque à tout prix ce type de cursus; mais bel et bien par ceux qui sont les plus directement concernés par cette massesymptôme d'exclus, à savoir les travailleurs sociaux euxmêmes, et aussi, me semble-til les demandes d'études émanées des Ministères vont bien dans ce sens - par ceux qui ont la charge collective : les politiques. Deux risques maieurs sont alors me semblet-il à éviter : d'une part se substituer aux travailleurs sociaux en psychiatrisant massivement une souffrance qui n'a pas à l'être comme nous l'avons vu plus haut: et d'autre part, se laisser adresser, quasi manu militari, et avec les meilleures intentions, des sujets avec qui il sera de ce fait même impossible de travailler. Éviter ces deux écueils, celui de la psychiatrisation d'une part qui reviendrait à faire taire cette souffrance et à faire jouer à la psychiatrie un rôle de police qu'elle n'a pas à assumer, et celui de la victimisation d'autre part qui reviendrait à oublier que les dits exclus sont aussi des sujets, ne signifie cependant pas que cette demande doive être déclarée nulle et non avenue. En effet, le secteur, dans sa mission de prévention et non de traitement. peut raisonnablement être convoqué, là où on le lui demande, pour soutenir la fonction précarisée du travail, soit pour restituer là où il se

amènerait la plupart du temps

joue les coordonnées du malaise, et ainsi aider ceux qui rencontrent des difficultés croissantes. Dans la mesure du possible, bien sûr, puisque le secteur n'est a priori pas plus armé que d'autres pour se dégager de difficultés qu'il connaît d'ailleurs lui-même. C'est pourquoi, il m'avait paru important de signaler à ce groupe de moniteurs que leur

trouble pouvait bien provenir du malaise institutionnel occasionné par les renégociations qui avaient précédé, soit par la précarisation de leur situation, ce qui les amenait à éprouver des difficultés grandissantes dans leur relation aux bénéficiaires ainsi que la culpabilité de ne pouvoir se situer là où leur fonction le leur demandait, le paradoxe

étant d'avoir à insérer pour ne pas exclure quand les aidants eux-mêmes sont dans une angoissante précarité. Une fois ceci restitué, question restait posée de permettre au groupe de se maintenir et de soutenir de l'intérieur ce qui pouvait se soutenir de leur difficile mission.

Voici donc, en quelque sorte

par l'exemple, ce qui me paraît pouvoir situer les grandes lignes de ce qui va nous occuper pendant cette journée, les enjeux des discussions à venir étant, me semble-t-il, de repérer les deux écueils plus haut mentionnés et de montrer comment, ceci étant assuré, on peut faire fonctionner des collaborations entre travailleurs sociaux et travailleurs en santé mentale.



# Les interventions sociales spécialisées en quête de nouveaux repères

Par Jean-Pierre COIFFEY, maître de conférences associé de sociologie à l'Université de Caen, formateur en travail social

# xclusion sociale et santé mentale :

remarquons que ces deux notions sont d'un usage social et professionnel récent en même temps que quasi contemporain l'une de l'autre; toutes deux traduisent une extension des domaines recouverts antérieurement par d'autres notions telles qu'inadaptations sociales ou marginalités pour la première et folie puis maladie mentale pour la seconde, mais la première signe l'aggravation de la situation sociale tandis que la seconde cherche à requalifier positivement son domaine d'intervention en l'étendant à l'ensemble de la population.

L'intention des organisateurs de cette journée est d'interroger les interférences entre les champs que recouvrent ces deux notions. Mon propos, dans cette courte allocution, visera simplement à rappeler les évolutions récentes du travail social

d'un côté et de la psychiatrie de l'autre pour montrer que la rencontre entre les intervenants sociaux et les acteurs de la santé mentale (dont le rayon d'action se veut beaucoup plus extensif que celui de la psychiatrie) était inéluctable mais qu'elle se produit dans un contexte peu favorable qui risque de nourrir de nombreux malentendus et quelques dangers.

Toute analyse du "social spécialisé" doit faire effort pour croiser une lecture historique en termes de construction sociale de tel ou tel secteur d'intervention et une lecture synchronique en termes de relations avec le contexte politique, culturel, économique et social avec lequel il interagit. Une ambition que je ne parviendrai pas à satisfaire pour aborder la question posée d'une recherche de nouveaux repères dans les interventions sociales tant dans le domaine de la lutte contre l'exclusion sociale que dans celui de la santé men-

tale. Je me bornerai à rappeler que la professionnalisation du travail social s'est réalisée dans le cadre fortement intégrateur des trente glorieuses, que ce contexte s'est effondré en raison des conséquences de l'effritement de la société salariale sapant ainsi les repères passés et laissant les diverses catégories de professionnels face à des questionnements pour une large part sans réponse et donc générateurs de déstabilisation identitaire, voire de désarroi quelquefois. Je m'attarderai davantage sur les évolutions des politiques sociales car vous connaissez mieux que moi celles qui poussent au passage de la psychiatrie à la santé mentale.

# L'expansion des professions sociales s'est réalisée dans le contexte d'une société fortement intégrante...

Listons quelques-uns des mécanismes de cette intégration sociale : le développement

rapide de la société salariale pendant les "trente glorieuses" avec l'instauration d'un compromis social qualifié de fordiste entre d'un côté l'exploitation et la domination accrues des travailleurs par le taylorisme et fordisme et de l'autre de puissantes compensations: augmentation continue du pouvoir d'achat (entrée dans une société de consommation de masse), accès à des biens de confort et à un logement moderne décent, à la voiture...; conviction partagée dans la garantie de l'emploi; espérance de mobilité professionnelle et sociale; émancipation des cadres de vie traditionnels y compris pour les femmes en même temps qu'adhésion à des valeurs et des normes sociales productrices de cohésion ou de principes d'espérance : au modèle familial nucléaire en lignage, à l'imaginaire démocratique de l'égalité des chances réalisé par l'école légitimant les inégalités sociales, au progrès scientifique et technique. De plus la crédibilité des récits alternatifs (socialisme ou communisme) nourrissait un mouvement revendicatif social et politique forgeant des identités collectives positives...

La construction d'un État social<sup>1</sup> fondé à la fois sur un social noble pour tous les travailleurs et leur famille garantissant la sécurité contre les risques de l'existence avec l'instauration du droit à la Sécurité Sociale (la maladie - invalidité, la vieillesse et les charges financières liées aux enfants) puis du droit à l'assurance chômage et sur un social de rattrapage constitué par l'expansion rapide des politiques d'aide et de protection sociale en même temps que de défense sociale vis-à-vis des laissés pour compte de la croissance, ou des inadaptés sociaux.

### ... des professions sociales visant l'intégration de toutes les minorités

Les valeurs qui dominent ces années glorieuses sont, pour ces secteurs, celles de la promotion et de l'intégration sociales de toutes les personnes quelle que soit la nature de leurs désavantages. Les dénonciations sont vigoureuses de toutes les formes d'enfermement : remise en question du tout internat rééducatif au profit du développement de la prévention et surtout du milieu ouvert en matière de protection tant sociale que judiciaire de l'enfance et de l'adolescence: dénonciation des méfaits criminogènes de l'emprisonnement et de chronicisation engendrée par "Les murs de l'asile"<sup>2</sup>.Ainsi, le lien de cause à effet n'est pas posé entre exclusion et santé mentale mais à l'inverse et pour le dénoncer entre maladie mentale et exclusion. L'hôpital psychiatrique est fortement invalidé dans ses fonctions thérapeutiques et accusé de fabriquer des fous qui resteront stigmatisés par le passage dans son enclos et interdits de place dans la société. Si les intellectuels, les militants politiques et nombre de travailleurs sociaux dénoncent globalement l'asile et la psychiatrie, il faut dire que la charge est portée aussi de l'intérieur dès les années d'après guerre par des psychiatres progressistes dont certains avaient fait l'expérience cruelle des camps de concentration et qui vont chercher à transformer cette "institution totalitaire"3 qu'est toujours l'asile en un espace de psychothérapie institutionnelle, puis, plus largement avec les infirmiers psychiatriques dans les années soixante, lutter contre l'hospitalo-centrisme en aspirant à la sectorisation de la psychiatrie. Ces valeurs se concrétisent, dans la prise en charge des malades mentaux, par les ordonnances des mars 1960 mais surtout de janvier 1971 sur la sectorisation psychiatrique qui n'obtiendra toutefois son autonomie budgétaire que par les lois de juillet et décembre 1985. La mission des acteurs de la psychiatrie n'est plus seulement de soigner mais de contribuer à la réinsertion des malades, y compris en sollicitant les travailleurs sociaux et leurs réseaux afin de faciliter, chaque fois que possible, la reprise d'activités salariales, un hébergement autonome et des activités sociales. Après avoir fait entrer dans l'hôpital l'assistante sociale en 1942, me semble-t-il, ce sont cette fois les praticiens qui cherchent à sortir de leur enceinte et vont à la rencontre des travailleurs sociaux pour lutter contre l'exclusion sociale des malades mentaux. Il s'agit, en quelque sorte de désinstitutionnaliser, voire de "dépsychiatriser" la maladie mentale : là s'ancre sans doute en France le courant de la santé mentale dont nous reparlerons... Encore une fois, le contexte socio-économique et politique de la fin des trente glorieuses (mais on ne sait pas que c'est la fin) est porteur des telles évolutions.

### Les pannes de l'intégration sociale et l'émergence d'une nouvelle question sociale...

De toute évidence, ce contexte est derrière nous et les pannes multiples du modèle français d'intégration et de cohésion sociales (modèle fondé sur le principe d'une interaction, d'une rencontre entre une volonté individuelle et une société "accueillante" et protectrice) se conjuguent pour produire les situations actuelles de risque et de vulnérabilité.

En effet, les liens et les sentiments d'appartenance et de sécurisation hier encore puissants tissés, à la fois par le travail, la participation active à la société salariale, par la protection sociale noble de l'État-providence et par la citoyenneté dans le cadre d'une démocratie représentative se délitent sous la pression du chômage de longue durée et de la précarité, de la délégitimation de l'État-providence au nom du libéralisme, par le discrédit de la représentation politique en raison de la transgression de la séparation ente la sphère privée et le domaine public ainsi qu'en raison de l'affaiblissement du syndicalisme et l'essoufflement des grands récits alternatifs. En outre, les liens sociaux forts de proximité, dans la famille, la camaraderie au travail, le voisinage... sont rendus plus vulnérables par les nouvelles configurations du lien amoureux, conjugal, parental, par les tensions accrues sur le marché du travail et l'intensification de la productivité dans l'entreprise et les services, par les méfaits d'une urbanisation et d'une architecture trop fonctionnaliste. Il en résulte une situation d'anomie, de crise des valeurs car les idéaux transmis par la famille et l'école méritocratique se trouvent invalidés par l'expérience concrète que les individus font de notre monde, notamment de la valeur

travail et de l'utilité sociale des

individus qui en découlait. Cet effritement très rapide de la société salariale a débouché sur une nouvelle question sociale : si la question sociale de l'ère industrielle tenait dans le faceà-face de deux pôles de la société sur les lieux mêmes de la production, dans des conflits de classes pacifiés par les interventions de l'État, dans des mouvements sociaux luttant pour la réduction des inégalités sociales ou la limitation de l'exploitation, celle des années quatre-vingt-dix est tout autre car elle n'oppose plus des forces sociales à l'économique, elle confronte la société à des nonforces sociales, à des victimes de l'écrasement du social par l'économique. Cet état de fait est tout entier résumé dans l'usage social et dans la consécration par les dispositifs d'intervention sociale récents du terme d'exclusion4 en dépit des efforts des chercheurs en sciences sociales qui ont montré à juste titre que ce n'est pas une dualité quération de positions possibles des personnes tant au regard de l'emploi que des liens socio-relationnels (du statut sans risque du fonctionnaire ou de certains C.D.I.5 jusqu'aux chômeurs de très longue durée; des personnes inscrites dans des relations sociales primaires et secondaires fortes jusqu'à celles profondément isolées et désaffiliées au point de ne plus avoir de domicile fixe).

Nous sommes entrés dans une "société d'insécurité" qui est en train de produire un individualisme négatif de masse car subi par des personnes sans cesse plus nombreuses soustraites de tout encastrement à des collectifs de travail, de voisinage, d'organisation, ne jouissant plus de leur indépendance financière en même temps que ne bénéficiant plus de protections collectives. La nouvelle question sociale qui sape les fondements du vivre ensemble s'enracine également dans les problématiques de la vie quotidienne, de la coexistence urbaine, de la cohabitation pacifique entre des individus encore socialisés par le travail et des exclus du travail. Elle est redoublée par celle de la relégation urbaine. Crise du sens et du lien social plus que crise économique car n'oublions pas que depuis les années de crise de 1975, l'indicateur des richesses de notre société (le PIB)<sup>7</sup> a crû de moitié! Face à cette nouvelle question sociale et urbaine, l'État n'est pas resté sans rien faire et un "social de troisième type" prend consistance, souligne Donzelot<sup>8</sup>, dans les années quatre-vingt, autour des trois axes : les politiques dites de la ville, l'insertion des jeunes de 16 à 25 ans et celle des personnes allocataires du R.M.I.

### ... qui concourt à une perte des repères chez les intervenants sociaux...

Quelques-unes des caractéristiques de ces nouveaux dispositifs, dont la mise en place a coïncidé avec la décentralisation (particulièrement importante quant aux transferts de compétences en matière d'aide et d'actions sociales) ont contribué à la perte des repères des intervenants sociaux :

alors qu'il s'agissait d'intégrer des personnes appartenant à des catégories sociales minoritaires bien identifiées, il est question désormais d'insérer pour ne pas exclure des publics hétérogènes dont une fraction non négligeable ne relevait pas antérieurement du social (les chômeurs de longue durée, les diplômés en mal d'insertion après 25 ans - 10 % des allocataires R.M.I. -). L'insertion, un concept à l'origine économique devenue valise mais qui n'apparaît dans les politiques sociales, symptomatiquement, lorsque les mécanismes spontanés de l'intégration sociale sont défaillants

- l'obligation d'insertion a été imposée aux intervenants sociaux, cette problématique était étrangère à la culture des professions sociales ancrée sur le soutien et l'aide individuelle ou familiale. Allant de soi car abondant, l'emploi n'était pas une préoccupation mais un facteur clé de stabilisation et d'intégration sur lequel ces acteurs pouvaient compter :

les outils conceptuels puisés pour l'essentiel dans la psychologie et la psycho-sociologie rendaient compte des inadaptations sur un mode clinique s'avèrent insuffisants pour éclairer les nouvelles problématiques sociales avec le retour de la pauvreté, le développement de la précarité, puis les thématiques de l'exclusion qui mettent l'accent sur les processus sociétaux dont sont victimes des individus semblables aux autres. À moins que cette insuffisance ne soit interprétée comme manque de compétences en matière "psy-quelquechose" et ne conduisent les travailleurs sociaux à tout attendre des experts, notamment des psychiatres.

Les formes d'administration et de gestion du social changent et entraînent des modifications dans les méthodologies d'intervention :

l'obligation faite aux professionnels du social d'une conception de leur fonction de "porteurs de pancartes" à celle de "porteurs de projet"

le recours au contrat, qui traduit la recomposition de l'échange sur un mode de plus en plus individualiste. La fin des protections collectives s'accompagne d'une individualisation des procédures et de l'injonction paradoxale: "I allocation + I accompagnement social à condition que vous fassiez un projet et que vous vous impliquiez!", injonction paradoxale car faire un projet, construire un itinéraire exigent des ressources et des compétences que nombre d'inclus n'a sans doute pas. Cette individualisation conduit à l'exigence de narrer son récit de vie avec l'obligation pour les intervenants d'associer les intéressés (enfants, familles ou habitants d'un quartier) à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation du projet d'intervention les concernant.

la localisation du traitement des problèmes renforcée par la décentralisation ramène à une protection rapprochée d'avant la socialisation des risques par la puissance publique au risque cette fois d'un retour au servage paroissial<sup>9</sup> et d'emprise du néopaternalisme de l'élu local ou du chef de projet qui arbitrera entre les diverses demandes de financement au titre du contrat de ville.

la contrainte financière, l'exigence par les élus de visibilisation des activités mises en place par les contribuables électeurs a conduit à la contractualisation des dispositifs et des actions, d'où insécurité grandissante, avec obligation du projet mais aussi de celle d'une évaluation des effets induits par l'intervention. Des méthodologies non maîtrisées la plupart du temps par les intervenants et souvent mal acceptées par ces derniers habitués à puiser leur légitimité en amont même de leur intervention et non au vu des résultats produits.

sans oublier, pour notre propos, que l'obligation (au moins discursive) de travailler en partenariat et en réseau exige connaissances élargies pour appréhender le marché de l'emploi et de la formation professionnelle, de l'habitat social, de l'Éducation nationale (à travers les Z.E.P.10), de la Jeunesse et des Sports, du maintien de l'ordre (C.C.P.D.<sup>11</sup>) etc... Un partenariat difficile à construire tant les logiques verticales de pouvoir restent prégnantes et font obstacle souvent aux relations horizontales, surtout, comme c'est le plus souvent le cas, lorsqu'il n'y a pas de pilote dans l'avion, c'est-à-dire de maître d'œuvre

désigné. Par ailleurs, l'ambivalence des acteurs de terrain est souvent patente : envie de . décloisonner leurs pratiques et d'échapper au poids de l'institution employeur mais aussi désir de sauvegarder les prés carrés territoriaux et leur "clientèle" captive, de protéger des professionnalités souvent incertaines.

## ... une perte des repères aggravée par les impasses des nouveaux dispositifs...

Sans doute, les politiques d'insertion et les politiques de la ville ont-elles évité le pire et il n'est pas question de revenir sur les acquis qu'elles représentent pour assurer un minimum d'accueil, d'écoute aux jeunes en mal de prime insertion, pour tenter de réinscrire dans la ville les quartiers paupérisés, pour assurer une allocation financière - même au montant indécent aux exclus du salariat, mais les évaluations officielles récentes de la Cour des Comptes tant du R.M.I. que des politiques de la ville sont accablantes : prévu pour 500000 allocataires directs, le chiffre du million<sup>12</sup> est sans doute atteint, les moyens en terme de formation et d'insertion sont insuffisants d'autant que le milieu des entreprises n'a pas joué le jeu, se contentant majoritairement d'empocher les effets d'aubaine; les dilutions de crédits par l'extension des D.S.Q. à l'échelle des villes, le peu de transparence dans les dévolutions de financement des projets ne permettent pas d'enrayer la progression lente mais continue du chômage et de la précarité ni le sentiment d'abandon des habitants dans les quartiers d'habitat social. Comment conserver le sens des interventions quand les dispositifs conçus pour être transitoires se pérennisent et, de "sas", se transforment en gestion permanente des fractures sociales. Les acteurs font état de leur épuisement et de leur désarroi. L'insertion ressemble de plus en plus à Godot, le développement social un fourre-tout et le partenariat paraît bien lourd...

# ...et par l'accroissement de la désespérance des personnes exclues et par la démoralisation des personnes précarisées...

Plus que sur des révoltes collectives ou des rébellions contre la société, ce sont sur des décompensations dépressives que débouche cette situation. Ce ne sont pas les vaincus, les exclus qui font changer le monde; plus que la rage et quelquefois la violence des jeunes, c'est leur enfermement dans la drogue qui est inquiétant et les quelques études dont nous disposons sur l'état de santé mentale des chômeurs de longue durée, des allocataires du R.M.I. ou des jeunes adultes en mal de première insertion font état d'une prévalence des états dépressifs et d'une surconsommation de psychotropes. Comment pourrait-il en être autrement? Quelles identités positives peuvent conserver des personnes devenues comme l'écrivait la philosophe Hannah Arendt<sup>13</sup> "des inutiles au monde" dans une "société de travailleurs privés de travail". Comment ne pas désespérer lorsque que votre société ayant fait de la participation au monde du travail la base du contrat social et de l'intégration par un statut professionnel fait le choix du chômage en même temps qu'elle stigmatise les "surnuméraires" (aussi bien les hommes trop jeunes ou trop âgés que l'ensemble des femmes trop désireuses d'occuper une emploi, les étudiants trop nombreux dans les universités que toutes les personnes étrangères ou issues de l'immigration! Cela fait beaucoup de monde à qui finalement semble dénié le droit à occuper une place sur cette terre!).

### ...d'où une sollicitation croissante de la part des travailleurs sociaux des acteurs de la santé mentale

Des rapprochements entre pra-

ticiens du social et praticiens de la santé mentale s'opèrent depuis peu; et ce, pour des raisons diverses mais convergentes. Lors d'une récente journée d'études regroupant des personnels du Service d'Action Territoriale du Conseil Général du Calvados dont le thème introduit par une conférence du professeur Zarifian était "Le mal de vivre est-il une maladie? Crise individuelle. Crise de société". je rapportais en introduction les propos d'intervenants sociaux travaillant dans les C.L.I.14 "Les problèmes les plus préoccupants sont liés à des troubles psychiatriques d'origines diverses, dont la prédominance est constituée des effets d'une alcoolisation excessive. Fréquemment, cet état est lié à un isolement important et au désœuvrement, sources de mal-être." ou encore "Certains bénéficiaires du R.M.I. se trouvent à la frontière de la maladie mentale et souffrent de difficultés psychologiques souvent difficiles à identifier par euxmêmes et par les services instructeurs"15. Le R.M.I. a permis de prendre conscience des inégalités d'accès aux soins des allocataires mais cet accès à la santé semble en train de devenir numéro un de l'insertion. Tous les intervenants sociaux se font de plus en plus l'écho d'une montée d'une souffrance psychique et affective étroitement liée à une souffrance sociale. Une démoralisation, une intériorisation forte du statut de victime, d'exclu, le sentiment de honte et d'impuissance: la pauvreté elle-même altère bien entendu le bien être physique et mental des personnes. Retenons qu'il y a une interrogation profonde des travailleurs sociaux sur l'état de santé psychique d'un nombre qui leur

apparaît croissant des personnes relevant des dispositifs d'intervention sociale (et notablement dans le domaine du R.M.I.) qui les conduit à se tourner vers les praticiens de la psychiatrie et de la santé mentale pour leur confier la prise en charge des "cas lourds" ou simplement être confortés dans leur diagnostic, ou obtenir la persuasion des malades niant leurs troubles ou pour exprimer une attente de quasi supervision de leurs interventions.

# ... des acteurs de santé mentale qui, de leur côté, désirent socialiser leurs pratiques pour les inscrire dans le milieu de vie ordinaire...

Cette demande des travailleurs sociaux, légitimement épuisés et se sentant impuissants face à cette injonction paradoxale de devoir insérer des personnes valides invalidées par notre société et son marché du travail, est bien entendu rendue possible par le mouvement qui a conduit la psychiatrie à s'émanciper de la neurologie, à rompre avec l'hospitalo-centrisme, à chercher à maintenir autant que possibles les patients dans leur milieu ordinaire de vie, à orienter et solliciter les collaborations des intervenants sociaux, à se "socialiser" en quelque sorte. Il ne s'agirait d'ailleurs plus de psychiatrie mais de pratiques de santé mentale visant non plus les seuls soins aux malades mentaux mais le bien-être de toute une population; en application en quelque sorte de la philosophie et des recommandations de l'OMS dont il n'est sans doute pas inutile (au regard des superpositions de sens constantes tout au long de la journée) de rappeler rapidement les définitions qu'elle a données, à Genève en 1948, de la santé en général et de la santé mentale en particulier. "La santé est un état de complet bien-être physique mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie." Définition à laquelle fait écho, en France, en l'amplifiant celle du Haut Comité de la santé publique en 1994 : "la santé n'est plus seulement perçue comme l'absence de maladie ou de handicap, elle tend à se rapprocher de la notion de bien-être, de bonheur, voire de mieux-être et de performance"16. L'OMS la même année avançait que la santé mentale était : "l'aptitude parfaite à mener des relations harmonieuses avec ses semblables. Elle est une condition permettant un développement optimum de l'individu au point de vue physique, intellectuel et affectif, dans la mesure compatible avec la santé mentale des autres individus." En ce sens la santé et la santé mentale ne connaissent plus de limites. Toutefois, ne perdons pas de vue que pour l'opinion publique, le distinguo entre maladie mentale et santé mentale n'a pas cours. Deux études menées par des étudiants de l'Université de Caen, l'une sur les liens entre R.M.I. et troubles de la santé mentale<sup>17</sup> et l'autre sur les pratiques de santé mentale<sup>18</sup>, attestent la permanence de représentations archaïques de la psychiatrie et de la maladie mentale sur un mode d'enfermement asilaire pour soigner la folie qui demeure avant tout ce qui fait peur 19. Les images dans le public, mais aussi chez beaucoup d'intervenants sociaux, n'ont pas suivi les profondes évolutions des pratiques. Déficit de communication pour le moins. La demande de coopération entre travail social et santé mentale apparaît interinstitutionnelle. En somme, la rencontre était inéluctable... Et rappelons que les pouvoirs publics y contraignent par deux circulaires récentes : en effet, celle du 14 mars 1990 établit que, je cite, "le secteur psychiatrique doit... (mettre) en

commun des moyens avec d'autres secteurs, développer les liens avec les autres praticiens de santé, les acteurs sociaux. les établissements médico-sociaux et la population" et celle de la D.I.R.M.I.<sup>20</sup> du 27 mars 1993 relative à la mise en œuvre du R.M.I. ne sera pas en reste en affirmant la même volonté partenariale : "la collaboration entre secteur psychiatrique et dispositif R.M.I. soit être améliorée dans le cadre de la circulaire du 14 mars 1990 relative à la santé mentale". Maigres indications au-delà du principe!

## Quelques risques liés à des interférences non maîtrisées entre travail social et santé mentale

Faut-il s'inquiéter de la confusion possible entre traitement de l'exclusion sociale et traitement des maladies mentales? De nombreux arguments militent en faveur du oui :

en effet, la désespérance, la démoralisation, liées à la disqualification professionnelle et sociale ou à la perte du conjoint, ne sont pas des pathologies mentales. Jean-Pierre Martin, psychiatre des hôpitaux l'er secteur de Paris, écrit : "la souffrance psychique, vécu global de la personne, témoigne des traumatismes liés à la perte, la rupture, la désorganisation de la vie sociale, qui sont la conséquence d'un licenciement, d'une expulsion, d'une dissociation familiale et communautaire. Les sentiments dépressifs de dévalorisation de soi, d'images identitaires négatives témoignent aussi de l'intériorisation de la crise sociale. La honte de soi et des autres en est l'expression fréquente. La souffrance psychique n'est dont pas d'emblée une pathologie mentale spécifique même si elle peut être dans ses suites, un facteur de décompensation de fragilités antérieures"21. Par impuissance non seulement à intégrer dans la société salariale mais aujourd'hui

de plus en plus à insérer dans des activités d'utilité sociale ou écologique (ou occupationnelle?), la tentation de renvoyer les "cas lourds" dans le champ de la psychiatrie ou dans celui du judiciaire est forte. Le risque est grand de voir aujourd'hui les travailleurs sociaux concourir à "psychiatriser les exclus" après avoir milité pour éviter l'exclusion des malades mentaux!

"psychiatriser les exclus" après avoir milité pour éviter l'exclusion des malades mentaux! d'un autre côté, les visées expansionnistes des politiques publiques de santé et de santé mentale (à tel point que les concepts de psychiatrie, de santé mentale, de santé publique ou encore de santé communautaire apparaissent de plus en plus flous dans leurs définitions et leurs rapports) peuvent conduire à une médicalisation de la question sociale au détriment de sa re-politisation; l'euphémisation d'une certaine façon de la psychiatrie par sa banalisation dans la santé mentale ou publique peut diluer son objet spécifique et conduire à un quasi-abandon des personnes souffrant réellement de maladies mentales. N'y a-t-il pas déjà sur-représentation de personnes psychotiques dans les prisons? À ne plus vouloir "isoler pour guérir" et non pas "enfermer pour exclure" (bien sûr la porte est étroite mais c'est sans doute dans la professionnalité et la déontologie des praticiens que l'évaluation réside pour une part), il ne faudrait pas laisser les "fous" sans écoute ni relation "contenante" et susceptible d'être aidante. Je me souviens que le rejet idéologique des internats de semi-liberté pour les délinquants juvéniles dans les années soixante-dix a mis ces derniers dans un premier temps dans la rue et souvent dans un second, dans les maisons d'arrêt. Sans doute, devons-nous être vigilants vis-àvis de nos phantasmes de l'unicité pour plus d'efficacité des dispositifs et des réponses, vis-àvis des aspirations à un travail

social unifié ne serait-ce que par crainte d'un contrôle social accru avec le risque d'amplifier la domination s'exerçant de fait sur les usagers (avec les meilleures intentions du monde, à la manière du "bonheur insoutenable" décrit par lra Levin...) en l'absence de toute représentation collective de leurs intérêts susceptible de constituer un contre pouvoir. En même temps, cette tentation me paraît fortement tempérée par le souci de la distinction, la défense des identités professionnelles parfois jusqu'à l'obsession et non sans arrière pensée de préservation de son territoire. Mes inquiétudes immédiates portent davantage sur des processus plus insidieux tel celui de la "médico-pharmacologisation" du mal de vivre actuel de certains de nos concitoyens et par là même de la question sociale. La recherche du professeur Zarifian pour le ministère de la santé sur "Le prix du bien-être"<sup>22</sup> propose des pistes d'explication de la surconsommation de psychotropes de l'ensemble des Français (trois à quatre fois plus que nos voisins européens ou que les Américains) et de façon encore plus marquée, selon l'étude de Kovess<sup>23</sup> sur les franciliens par les allocataires du R.M.I. ou les personnes en C.L.D. tandis que l'étude récente de Marcel Jeager<sup>24</sup> fait le même constat accablant en ce qui concerne les prisons. Processus insidieux car 70 % de ces prescriptions médicales s'effectuent dans l'espace privé du cabinet des généralistes non formés à ces questions. Sans bien entendu vouloir nier tous les intérêts d'une coopération entre travailleurs sociaux et acteurs de la santé mentale, nous ne devons pas perdre de vue que les malaises du travail social, de la justice, de l'école, de la psychiatrie ne trouveront sans doute pas de solutions dans la multiplication désordonnée de leurs interférences autant subies que désirées, dans la dilution de leur objet spécifique d'intervention mais par une réinterrogation fondamentale de la ' place et de la fonction de chacun de ces secteurs de régulation et de production de social. Ce projet exige de ne pas s'enfermer dans les aspects techniques des savoir-faire et des coopérations inter institutionnelles mais de commencer par réintroduire ces questionnements dans l'ordre du politique : non pas d'abord "comment faire?" ni "avec qui faire?" mais "pour faire quoi?".

I Je préfère cette appellation à celle de l'État-providence d'une part parce que c'était le terme qui se voulait stigmatisant forgé par des opposants historiques à toutes fonctions de protections collectives de la part de l'État et que c'est de nouveau la cible aujourd'hui de la pensée libérale. L'usage social du terme devenant de plus en plus impraticable, sans doute convient-il d'en substituer un nouveau!

2 Titre du livre pamphlet de Roger Gentis paru chez Maspéro en 1968.

3 Concept mis en avant par Erwin Goffman dans "Asile. Étude sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus"; Éditions. de Minuit; 1968.

4 On peut d'ailleurs remarquer que ce concept d'exclusion n'a quasiment pas été interrogé au cours de cette journée alors qu'il figure en titre même de l'invitation.

5 CDI : contrat à durée indéterminée.

6 Pour reprendre le titre de l'ouvrage de Marcel Gauchet 7 PIB : produit intérieur brut.

8 In "Face à l'exclusion, le modèle français", sous la direction de J. Donzelot, Édition Esprit, 1990.

9 En Angletene, l'act of settlement de 1662, adouai par l'édit de Speenhamland de 1795, en assignant les pauvres à résidence dans leur paraisse, entrava la mobilité de la maind'œuvre et stigmatis l'errant et l'étranger; en France, la aréation en 1797 des bureaux de bienfaisances (les ancêtres des CCAS, centres communaux d'action sociale), localisa la prise en charge des pauvres dans la commune.

10 Z.E.P.: Zone d'Éducation Prioritaire

11 C.C.P.D.: Conseil Communal de Prévention et de la Délinauance.

12 Ce qui fait, avec les collatéraux de l'allocataire direct, près de deux millions de personnes qui survivent grâce à cette allocation.

13 Hannah Arendt : "Condition de l'homme moderne"; 1961, Calmann-Lévy, réedition. Poche Agora en 1983.

14 C.L.l.: Commission Locale d'Insertion

15 Les "Synthèses des réflexions des C.L.I.", annexées au P.D.I. du Calvados de 1993.

l 6 In Rapport général : "La santé en France", la documentation française.

17 Fabrice Dhume: "R.M.I. et troubles de la santé mentale. L'interinstitutionnalité comme catalyseur des problèmes d'identité de la psychiatrie et du traval social", mémoire MST intervention sociale et développement, sous la direction de Anne Golse, université de Caen, 185 p. 1995.

18 Philippe Leprelle: "Des pratiques psychiatriques aux pratiques de santé mentale", mémoire DSTS, intervention sociale et développement, sous la direction de Jean-Pierre Coiffey, université de Caen, 190 p. 1997.

19 cf. J. P Boiral et J. P Brouat : "Représentations sociales de la folle", Coop Recherche Association Cherche-Midi, Montpellier, 1988

20 D.I.R.M.I. : direction interministérielle au R.M.I.

21 J.-P. Martin: Crise sociale et psychiatrie in l'excellent n°88 de la revue M. consacrée à "Psychiatrie et précarités sociales"; mars/avril 1997.

22 Édouard Zarifian : "Le prix du bien être. Psychotropes et société", Éd. O. Jacob, 1996.

23 Viviane Kovess: "La santé mentale des Francillens", DASES, Mairie de Paris, nov. 1992 et plus récemment : "Epidémiologie et santé mentale", Flammarion, coll. Médecine et sciences, Juil 1996.

24 Marcel Jeager et Madeleine Monceau: "La consommation des médicaments psychotropes en prison" Paris, Eres, 1996.140b.