

TRANSFORMER LES DISPOSITIFS

L'époque, on le sait, ne va pas bien. Les données relatives à la santé et au bien-être de la population montrent une augmentation préoccupante des niveaux de stress et d'anxiété, ainsi que des pathologies chroniques, qu'elles soient somatiques ou psychiques. Les dispositifs d'aide et de soins sont eux-mêmes de plus en plus en souffrance.

Avec des caractéristiques que l'on retrouve de manière transversale aux différents champs professionnels : tout d'abord, une inflation de prescriptions, de règles et de normes qui alourdissent considérablement la charge de travail et portent atteinte à la relation humaine avec la personne en difficulté.

D'innombrables professionnels se retrouvent par exemple à devoir saisir des données sur un écran d'ordinateur alors qu'ils dialoguent avec leur interlocuteur. Un multi-tasking par défaut aussi nocif pour la relation que pour le cerveau...

Le tournant du millénaire passé a ainsi vu l'implantation généralisée de procédures censées « garantir la qualité » mais l'ayant le plus souvent endommagée. Avec des encombrements administratifs qui empêchent en grande partie les professionnels de faire un travail de qualité, produisant un impact dévastateur sur la motivation et la satisfaction au travail.

Les complications inutiles, devenues pléthoriques, pervertissent le sens et les conditions de l'activité, alors même qu'elles fournissent parfois aux institutions des critères leur permettant de « se mettre en valeur » dans cette tendance managériale ! Le contraste en est alors d'autant plus violent pour les personnes engagées sur le terrain.

Incompréhension et insensibilité

Les soignants et intervenants témoignent avec douleur ne plus avoir le temps ni les moyens de prendre soin des personnes. Certains(e)s renoncent à leur métier par dépit de ce qu'il est devenu¹. La plupart tiennent tant bien que mal, mais avec des signaux collectifs alarmants.

Les dispositifs courent alors le risque de devenir insensibles, disqualifiants, multipliant les contraintes et exigences absurdes, maltraitant au passage aussi bien les professionnels que les usagers. Comme lorsqu'une personne en besoin d'aide se voit demander ses relevés bancaires des quinze dernières années...

La quintessence de ces dérives apparaît lorsque la décision est prise d'adopter des mesures d'exception contre des personnes et des groupes fragilisés. Dans une récente libre opinion publiée dans le journal *Le Temps*² l'artiste Sergio Belluz soulignait avec colère l'anti-constitutionnalité du traitement que réserve notre pays aux plus faibles.

La bonne nouvelle

Le constat de la nécessité urgente d'une transformation des dispositifs est aujourd'hui largement partagé – par tous ceux qui en connaissent les réalités en tout cas. Nous sommes face à un réel « malaise dans la civilisation » dans lequel « faire toujours plus de la même chose » n'est plus une option. Les réformettes ne suffisent plus : ce qui est requis est rien moins qu'un véritable changement de paradigme.

Il s'agit en premier de restaurer de manière non-négociable le sens et les valeurs au cœur de l'activité. C'est une perversion naturelle des systèmes que de faire passer leurs propres logiques et nécessités avant leur mission fondamentale et les besoins des personnes. La recherche récente en dynamique des organisations montre que seule une référence incarnée et partagée aux valeurs et à la mission institutionnelle peut faire contrepoids à ces engoncements systémiques³. Avec une simplification à mettre urgemment en œuvre pour supprimer toutes les contraintes inutiles.

En second, restaurer la « chaîne de service ». C'est paradoxalement dans les écoles de management que cette réalité est aujourd'hui professée avec le plus d'insistance : les collectifs qui fonctionnent le mieux sont ceux au sein desquels on trouve un authentique « management de service »⁴. Les dirigeants ayant à être au service des cadres, les cadres au service des équipes, les équipes au service des collaborateurs et les collaborateurs au service des bénéficiaires.

Ce qui pourrait ressembler à de bons sentiments relève en fait d'un pur pragmatisme ! Lorsque la priorité des institutions conduit à ce que les collaborateurs et cadres soient au service des dirigeants et responsables politiques (notamment en les protégeant), cette inversion parasite toute la chaîne de valeurs.

Communauté de destin

C'est une belle et criante perspective que cette irréfragable communauté de destin entre professionnels et usagers. Le bien-être des soignants et des patients, des intervenants et des bénéficiaires des dispositifs est purement et simplement corrélé⁵.

Les dispositifs ont donc à être évalués prioritairement à l'aune de leur aptitude à générer de la bien-traitance ainsi qu'à la manière dont ils soutiennent les personnes en stimulant leurs ressources. Le concept de *recovery* a beau figurer au cœur de toutes les déclarations d'intention, combien de patients témoignent-ils par exemple à l'issue de semaines ou de mois de séjour en hôpital psychiatrique avoir si peu reçu ou vécu d'utile !

Dans le domaine de la réhabilitation, la plupart des dispositifs sont encore conçus pour faire pression sur les personnes ou « les inciter » plutôt que pour les aider à se (re)construire ou les encourager. En résulte une jachère de valorisation et de motivation d'autant plus cruelle qu'elle néglige la palette de leurs capacités contributives...

Transformer les dispositifs : 2019

Ce thème fondamental, nous le déclinons cette année en quatre livraisons. Dans le présent numéro, nous aborderons la question des valeurs et du sens à travers un texte de Miguel Norambuena, intitulé « Manifeste pour un dispositif psycho-social de moins : la déstigmatisation de la folie et la clinique du quotidien ». En homme rompu à l'accompagnement de personnes en grande difficulté, Norambuena nous rappelle que c'est au quotidien que se joue la possibilité de nous déconditionner des réflexes défensifs qui produisent disqualification et stigmatisation de l'autre.

En juin, nous aborderons la question également cruciale de la compétence dialogique au sein de la relation d'aide. La grande doléance générique des personnes en difficulté reste de se sentir si peu et mal écoutées, reconnues, ou même prises en considération dans la réalité de ce qu'elles vivent. Si à peu près tout le monde est convaincu de savoir dialoguer, cette aptitude (et son corolaire l'écoute) restent largement déficients au sein des interactions entre professionnels et usagers.

A l'automne, nous aborderons la toujours douloureuse question du droit des patients. La tendance à l'autosatisfaction est manifeste. On aime à penser que dans notre pays, les droits des patients sont bien respectés. Or, s'il est vrai que les graves abus du passé sont révolus, nous assistons à d'autres phénomènes discrètement délétères. Comme nous l'a rappelé récemment l'éminent constitutionnaliste et grand spécialiste du droit psychiatrique le Pr Marco Borghi, les conditions ne sont pas réalisées qui garantiraient que les droits des patients soient effectifs.

Faire croire par exemple que l'existence de voies de recours assure le respect des droits des patients est un leurre : ces voies ne peuvent être actionnées que dans l'après-coup, au sein de dispositifs judiciaires inévitablement biaisés en défaveur des patients. L'analyse du Pr Borghi rejoint les recommandations insistantes de l'Organisation mondiale de la santé : c'est par une surveillance proactive des droits sur le terrain, dans le quotidien des interactions, que leur protection peut être assurée. Il y a encore loin de la coupe aux lèvres...

Enfin, nous terminerons cette série par un nécessaire détour du côté de l'aide sociale. On connaît toutes les difficultés liées aux assurances sociales traitant de l'invalidité et aux expertises en la matière. Sans cesser de dénoncer ce qui doit l'être, nous nous intéresserons à un autre cas de figure problématique : celui de l'inadéquation des dispositifs d'aide sociale aux personnes souffrant de troubles psychiques.

Ces dernières ont souvent de grandes peines à répondre diligemment à des contraintes administratives de tous ordres du fait de leur état de santé. Elles se retrouvent alors souvent prises dans des spirales de menaces et de sanctions.

Bien du pain sur la planche donc pour cette année...

« Troubles psychiques et travail salarié »

Nous sommes heureux de vous informer par ailleurs de la réédition actualisée de la brochure de Mme Shirin Hatam *Troubles psychiques et travail salarié* (avec une préface de Mme Laurence Fehlmann Rielle, conseillère nationale). Conçue sur le mode d'un parcours dans le monde professionnel, cette brochure aborde différentes situations qui peuvent se présenter pour un salarié atteint dans sa santé psychique : présenter sa candidature à un poste, tomber malade en travaillant, donner son congé, par exemple. Les diverses prestations possibles des assurances chômage et invalidité sont également envisagées toujours du point de vue de la personne salariée ou de l'assuré. Elle est disponible gratuitement (sauf frais de port pour les envois en nombre) auprès de notre secrétariat (0840 00 00 60) ou par courriel (info@promentesana.org).

Notes

- 1 *Sous pression, près de la moitié des soignants disent vouloir abandonner leur métier*, Le Temps, 15 février 2019
 - 2 « Pauvreté en Suisse, aide sociale, crise du logement : et la Constitution, bordel ? », 9 mars 2019
 - 3 Nous ne parlons pas ici des incantations creuses du management ou autres « gimmicks » de consultants, mais d'une éthique appliquée et vivante. Cf. Gleeson B., *How Values-Based Leadership Transforms Organizational Cultures*, Forbes, 10 mars 2017
 - 4 Belet D., *Le « servant leadership » : un paradigme puissant et humaniste pour remédier à la crise du management*, Gestion 2000, 2013/1
 - 5 Voir par exemple la campagne *Principes clés pour un environnement professionnel positif* de l'Association médicale mondiale.
-

MANIFESTE POUR UN DISPOSITIF PSYCHOSOCIAL DE MOINS : LA DÉSTIGMATISATION DE LA FOLIE ET LA CLINIQUE DU QUOTIDIEN¹

par Miguel Norambuena, ancien directeur du centre Le Racard (lieu de vie et d'hébergement avec appui psychosocial) et fondateur du centre Le Dracar à Genève.

Mon propos est traversé par une interrogation fondamentale. Nos sociétés occidentales modernes, si bienveillantes soient-elles, seraient-elles en voie de perdre leur humanité ? Nos collectivités, subsumées dans « l'hyperconnecté » ou dans l'« hypermodernité »², peuvent-elle encore créer, produire du « lien social » ? Et si oui, de quel lien s'agit-il ? Cette interrogation m'accompagne depuis plus d'une trentaine d'années de vie professionnelle passée auprès des personnes souffrant de troubles importants de la personnalité, ou vivant dans une radicale altérité psychique et sociale. Je profite de cette occasion pour rendre hommage à Fernand Deligny, un grand oublié de nos hautes écoles et facultés, qui aurait pourtant beaucoup à nous apprendre en ces temps de manque d'innovation et de créativité de la pensée dans les milieux de soins psychosociaux. Fernand Deligny a vécu dans les Cévennes en France avec des enfants dits autistes dont il s'est occupé, à une époque (les années 1970-1980) où, en Europe comme ailleurs, les pratiques des soins psychothérapeutiques ont vécu une courte, mais très féconde période d'enrichissement.

Cette interrogation questionne nos sociétés modernes contemporaines. Elle questionne les villes d'aujourd'hui et leur capacité immanente à produire du lien social, à créer, comme le dirait Judith Butler, une « vie bonne³ ». Par lien social, j'entends une pratique sociale élémentaire, émotionnelle et subjective, qui permet à chacun de s'épanouir et de s'émanciper subjectivement, de se sentir socialement reconnu, dans le respect et la découverte de sa singularité personnelle et sociale. Si la célérité et la vitesse exponentielle des mutations sociales que chaque personne dite bien portante perçoit est source de déroutement des repères, que dire d'un éventuel épanouissement personnel des personnes vulnérables ? Comme l'écrit Peter Sloterdijk, notre société moderne est aujourd'hui « incapable d'assurer et d'assumer la transmission du savoir et de l'expérience depuis qu'elle a fait de la rupture le moteur de la modernité. Refuser tout héritage, faire table rase du passé, mépriser les modèles et les « filiations », rompre systématiquement avec le « père » : ce geste « moderne », qui nous engluie dans le présent, mène aux pires catastrophes, humaines, politiques, économiques⁴ ». On pourrait dire, comme Bérénice

Levet, que nous vivons dans un monde moderne, « sans mémoire, sans histoire, sans frontières », où chacun se veut *causa sui* : je pense, donc je suis⁵.

Il ne s'agit pas de regretter des temps révolus, ni de vivre dans une quelconque nostalgie passéiste. Mon propos tentera uniquement de dresser une possible cartographie de la société dans laquelle nous vivons. Certes, il s'agit d'une vaste ambition pour de bien modestes résultats. En effet, aujourd'hui, nous sommes soumis, toutes disciplines confondues, au primat d'un économicisme triomphant. Dans un cynisme à toute épreuve, cette dimension économique et financière prétend pourtant opérer pour le bien des collectivités, des personnes malades et des personnes exclues. Les années 1970 et 1980 ont constitué de ce point de vue des années décisives. Une mutation paradigmatique capitale a eu lieu durant ces années, lors desquelles les grands consortiums informatiques ont mené à bien l'informatisation de nos mentalités et de nos habitudes. D'une ville « tissu social », on est passé à une ville des flux, des réseaux, des secteurs, des connexions, une ville de la vitesse exponentielle, où toute condition pour créer des socles vernaculaires de référence pour chacun et chacune part en miettes. Certes, cette célérité exponentielle, qui signifie un raccourcissement des distances et des durées, est souvent perçue comme un signe de progrès. Or, un des symptômes les plus visibles de cette hyperconnectivité et de cette célérité exponentielle, évoquées tant par l'urbaniste et philosophe Paul Virilio⁶ que par le sociologue allemand Hartmut Rosa⁷, est le rétrécissement de la production des rapports anthropologiques élémentaires, ceux qui composent la richesse polysémique du *socius*.

Lien social, temps et durée

En effet, la production de lien social et culturel est intimement liée au processus d'écoulement et de dépliage du temps et de la durée. Autrement dit, on ne crée pas de lien social, ni de socle culturel dans le stress, ni dans un constant empressement, comme mode de vie. En réalité, la célérité et l'hyperconnectivité en cours font émerger dans l'espace tant public que privé des formes nouvelles d'autisme social.

Nos cités, qui aujourd'hui supportent avec difficulté le dissemblable, et qui s'enlissent dans les délices de la « gentrification », peuvent-elles encore accueillir celles et ceux qui souffrent de troubles de la personnalité, ou tout simplement l'autre, différent de soi-même ? Par accueil, j'entends cette faculté socio-anthropologique de l'humain de pouvoir percevoir l'autre, de l'accepter et de le reconnaître pour ce qu'il est. Car c'est uniquement grâce à ce regard, à la capacité de « converser », que les blessures vécues

peuvent s'apaiser et que les plaies ouvertes peuvent, dans les meilleurs des cas, cicatriser.

C'est en écoutant des personnes souffrant de troubles importants de la personnalité que je me suis rendu à l'évidence que mon appréciation de la ville dans laquelle je vis, et très bien, ne constitue pas un tout, et que mon appréciation et mon vécu ne doivent pas subsumer l'appréciation et le vécu des autres. Cela a déterminé toute ma culture sociale, citoyenne et professionnelle.

En effet, la ville, telle qu'elle se présente aujourd'hui, si elle est « bonne » pour un certain nombre de personnes, ne l'est pas pour d'autres. Toutes ces personnes qui depuis de longues années circulent d'un lieu d'hébergement à un autre, d'hôtels – ces lieux plutôt désertiques en vie humaine et inaptés à une quelconque récupération psychique et émotionnelle – en hôtels, des personnes qui à force de côtoyer l'inhabitable finissent par déambuler en ville dans une sorte de « dromomanie » et qui peinent à trouver la ville « bonne » pour vivre. Elles ne trouvent plus dans la ville de lieux de « refuge », de lieux de protection psychique et de socialisation pour se protéger des agressions qu'elles perçoivent et disent vivre et subir. Dans les conditions socio-économiques actuelles de « fluidisation » permanente du facteur humain, ces personnes ne trouvent plus de lieux de domiciliation de longue durée humainement supportables pour elles. La ville, telle qu'elle est, peine à forger une quelconque condition de « capacité » pour leur permettre de trouver des espaces de réconfort socio-psychique. Par la force des choses, la ville est devenue pour ces personnes un lieu d'errance ou encore, à l'opposé, un « non lieu » pour une vie sédentarisée, non désirée et productrice d'une indescriptible solitude.

Car le citoyen bien portant ne veut pas être approché par celle ou celui qui vit dans une « radicale altérité » et qui lui renvoie comme dans un miroir, par son comportement atypique, ce qu'il ne veut pas voir de lui-même. Fort souvent, ce sont la peur et la méconnaissance qui commandent ces réactions d'exclusion. Les clichés font le reste. La représentation du « fou », comme être dangereux qu'il faut enfermer, demeure en effet largement présente dans la population.

La déstigmatisation doit constituer une pratique, pas un discours

En ce sens, il ne peut pas y avoir de véritable processus social et professionnel de déstigmatisation de ces personnes sans une ingénieuse information, une éducation finement réfléchie qui entende briser les stigmates sociaux et professionnels construits autour des comportements

ditions « fous » ou socialement déviants. Sans ce travail, nous resterons dans des rhétoriques qui, aussi bien intentionnées soient-elles, ne sont aucunement en prise avec la réalité concrète. La « déstigmatisation » de ces personnes, avant d'être un discours, doit être une pratique : un processus personnel d'auto-désaliénation des représentations et des clichés. La déstigmatisation du « fou » est un état de sensibilité qui mobilise nos repères les plus intimes. La déstigmatisation, quand elle est une pratique concrète, mobilise et réinvente notre rapport au monde. De la même manière que la xénophobie, le sexisme, la misogynie, le racisme, l'homophobie, ce n'est pas l'autre mais soi-même, la déstigmatisation commence aussi chez soi-même.

Il s'agit ici de production de l'humain au sens de production du sensible. Il s'agit d'un état de production de lien social allant à la quête de l'autre, et qui sort du « marché émotionnel » en vogue dont parle la sociologue Eva Illouz. Cet « autre » vit malgré lui dans une altérité radicale pouvant atteindre les seuils de l'insupportable, même si cela arrive par intermittence grâce à la pharmacologie. Celle-ci est donc certes nécessaire, mais elle est aussi – hélas – boulimique, prédatrice et, surtout, elle prend de plus en plus la place de la relation proprement humaine et psychothérapeutique. Et elle nous éloigne de tout ce dont l'humain en détresse peut nous apprendre de sa souffrance.

Les pouvoirs publics, en concertation avec les professionnels, devraient donc s'attaquer avec courage à ces clichés et stigmates et œuvrer dans la cité d'une manière innovante pour accomplir une véritable révolution sociale des mentalités. Car la précarité subjective des jeunes et des moins jeunes, femmes et hommes, dans nos villes occidentales, ne fait que croître. La solitude sociale, affective et sexuelle gagne du terrain, parallèlement au nombre croissant d'« amis » virtuels que chacun additionne dans son coin sur la toile à longueur de journée. Au regard des chiffres, les appels au secours à La Main Tendue sont bien trop nombreux.

Ce long inventaire d'interrogations concernant la production du lien social dans nos sociétés hyper-connectées, individualistes et en perte de socles vernaculaires, ne doit pas nous faire sombrer dans le nihilisme en vogue. Au contraire. Ici et là, en Suisse et ailleurs, et d'une manière moléculaire, émergent des pratiques et des pensées adjacentes aux redondances conformistes dominantes, qui tentent de s'ouvrir à un véritable processus d'innovation des mentalités et des pratiques.

Une approche « désinstitutionnelle »

À Genève, depuis plus de trente ans, à partir du patrimoine laissé par François Tosquelles à la clinique de Saint Alban, de la riche expérience clinique à la Borde de Jean Oury, ainsi que des travaux de Gilles Deleuze, de Félix Guattari et de David Cooper – des penseurs que j'ai eu le privilège de connaître de près – mais aussi des travaux de François Julien, j'ai forgé, avec une équipe enthousiaste, une approche d'animation psychosociale « désinstitutionnelle » que j'ai définie comme une clinique du quotidien. Cette approche, ou ce que l'on peut aussi appeler ce dispositif psychosocial de moins, est une utopie au présent, un espace de vie expérimental, soustractif, mental comme physique. Dans ce paradigme soustractif, il s'agit de pouvoir reconnaître :

- que la ville dans laquelle je vis, et que j'aime, n'est pas bonne pour tout le monde ;
- que bon nombre de personnes que j'ignore souffrent, et que ce n'est pas parce que je ne les vois pas qu'elles n'existent pas ;
- que si mon mode de vie me convient, ce n'est pas une raison suffisante pour qu'il convienne à tout le monde ;
- que ce n'est pas parce que je ne connais qu'un seul mode d'organisation du travail qu'il n'y en a pas d'autres, et aussi efficaces que le mien ;
- que si l'idée de programme et de projet sociaux ou thérapeutiques est bonne pour la plupart des bénéficiaires et des patients, elle n'est pas bonne pour tous les bénéficiaires ;
- que si la plupart des professionnels de la santé mentale et du travail social se réunissent entre eux, en marge des personnes concernées, et qu'on trouve cette séparation comme allant de soi, pertinente et logique, rien n'empêche de créer d'autres logiques, plutôt transversales, avec la participation active des personnes prises en charge, même si cela réclame une dose importante de bienveillance et de lucidité, et un sérieux travail de re-modélisation cartographique des pratiques professionnelles ;
- que si nous vivons une progressive stérilisation des rapports humains, ainsi que du contact corporel avec nos semblables, par une excroissance des techniques de la relation disponibles sur le marché, rien n'empêche de réapprendre aux étudiant-e-s de nos hautes écoles et facultés que c'est le rapport humain et l'expérience empathique concrète avec les bénéficiaires des soins qui seuls peuvent garantir un véritable rapport psychothérapeutique émanicipateur ;
- que si l'exclusion sociale se combat avec l'intégration, voire avec l'inclusion, cela ne doit pas pour autant rimer avec assimilation, qui signifie un lissage de la richesse des singularités de chacun.

La question à présent est de savoir comment se soustraire à la tentation de « totaliser en systèmes fermés⁸ » les savoirs et les champs des réflexions, afin de construire des repères « totémiques » inédits pour faire face à cette anthropophagie galopante.

« Mauvais assistés » ou « mauvais patients » ?!

À Genève, le centre Le Racard ainsi que le centre Le Dracar sont des tentatives *work in progress*, moléculaires et adjacentes, qui démontrent la viabilité, certes très difficile et laborieuse, mais néanmoins possible, de pratiques transversales et évolutives avec les bénéficiaires⁹. Au Dracar par exemple vivent des femmes et des hommes considérés comme des « mauvais assistés » ou des « mauvais patients » car, en principe, n'adhérant pas aux programmes ou aux projets sociaux ou thérapeutiques couramment proposés. Cette expérience, certes fragile, parce qu'elle est soumise constamment aux forces et aléas de « normalisation » redondante, est une tentative de domiciliation psychosociale qui se déploie au temps présent et qui tente de ne pas soumettre les personnes accueillies à un énième échec en exigeant d'elles qu'elles se projettent vers ce qu'elles ne peuvent pas entreprendre.

La première dimension de cette expérience nous renvoie à ce que Félix Guattari a appelé dans *Les Trois Écologies* l'« écologie ». À savoir qu'il n'y a pas d'individu dissocié de son contexte socio-politique, environnemental et culturel particulier. La deuxième dimension nous renvoie aux fondements mêmes de l'exclusion, à savoir l'intériorisation subjective de la violence sociale vécue par les bénéficiaires, dans la ville comme dans les institutions de soins : le bénéficiaire passe, on ne le voit pas. Il nous parle, on ne l'entend pas. Il souffre, on ne le perçoit pas.

Les professionnels de la clinique du quotidien tentent d'articuler, avec les bénéficiaires, des opérateurs de visibilité sociale qui constituent les fondements du lien social, mais aussi de la reconnaissance personnelle et sociale. La réponse pragmatique à cette exclusion passe par l'affirmation nietzschéenne : Oui, je vous vois ; oui, je vous entends et je vous écoute ; oui, je vous perçois souffrant.

Puis, nous avons la dimension des représentations sociales ordinaires. Celle-ci traverse toutes les autres, y compris celle de la déstigmatisation : c'est en fait la dimension la plus revêche à dompter, car elle nous renvoie aux représentations de la réalité courante et à leur nécessaire dépassement dans nos pratiques sociales ou psychothérapeutiques. Dans *Différence et répétition*, livre phare de sa philosophie des « multiplicités », Gilles Deleuze met en exergue la dimension réductrice de la représentation sociale, qui ne fait que

taire la différence, les singularités, en les domestiquant et en les rendant inoffensives, en parlant en leur nom, bref, en ramenant la différence à ce que l'on connaît.

Quatre situations-problèmes que les professionnels de terrain connaissent bien dessinent les seuils à partir desquels nos propres représentations ordinaires deviennent source de stigmatisation et d'exclusion sociale des bénéficiaires. Ces situations renvoient ce qui arrive et ce qu'on vit, et que nous méconnaissons – surtout lorsque nous sommes en face d'un bénéficiaire en crise – à un cadre représentationnel connu et saturé, qui ne laisse aucune place à l'inattendu, à l'informulé, au « dissensuel » et à la réinvention conceptuelle : la consommation d'alcool sur les lieux de soins ou d'hébergement ; la consommation de psychotropes ; les propos délirants, qui sont souvent difficilement admis ; enfin, les cris, difficilement admis également. Ces quatre situations-problèmes nous renvoient à des représentations normatives, relevant de l'interdit ou de la disconvenance sociale et institutionnelle.

Pour rendre opérationnels et concrètement viables ces « espaces inventés », dans lesquels se déploie la clinique du quotidien, ces représentations doivent pouvoir se détacher des points de vue normatifs ordinaires, seule manière de pouvoir accueillir et expérimenter ces événements-problèmes à partir de nouvelles coordonnées représentationnelles.

Les points de vue normatifs, ou « normalisants », quand ils deviennent une règle univoque figent les professionnels face aux conduites dites transgressives des bénéficiaires, et les amènent à reproduire mécaniquement, sinon inconsciemment, des réponses stéréotypées, autoritaires, sans aucun levier psychothérapeutique émancipateur. Ils paralysent toute investigation et état d'esprit innovateur, individuel et collectif chez les professionnels, les jeunes en particulier.

Ici, nous sommes au cœur d'une certitude sociale fort répandue dans nos milieux d'aide institutionnel. Celle de croire que bon nombre des bénéficiaires restent où ils sont, dans le désœuvrement psychique, faute de volonté pour s'en sortir, et que nombre de conduites récidivistes et transgressives n'ont d'autre finalité que celle de manipuler le professionnel et de profiter de la situation. Ces certitudes ne font que refléter la grande difficulté pour les professionnels des soins psychosociaux de se détacher du paradigme éducatif et normatif, paralysant toute possibilité de création.

Ce paradigme est contraignant ; il vient de loin et il ne fait que démoraliser – je le vois tous les jours – tout un pan de la jeunesse professionnelle qui souhaite œuvrer avec

les personnes concernées d'une manière innovante au plus proche de leur sensibilité créative et professionnelle émergente. Au lieu de donner des ailes aux professionnels pour innover les pensées et les pratiques à partir de leurs propres ressources, performances et connaissances, afin de les accorder au plus près de la singularité des problématiques présentées, ce paradigme – je me répète, mais cela me semble capital – les cloisonne, les rend bêtement redondants, les enferme dans un champ étriqué de pensées, les maintenant dans une grande frustration professionnelle et intellectuelle.

Créer des conditions de capabilité : pour un dispositif psychosocial de moins

Nous savons que bon nombre de bénéficiaires de l'aide butent à s'approprier la richesse potentiellement structurante de l'aide sociale et psychothérapeutique proposée. Ils butent quand on leur propose pour la énième fois des programmes et des projets qu'ils ne sont pas en mesure d'accomplir positivement. Dès lors, c'est sur la violence de l'échec qu'il s'agit de s'attarder. Il s'agit de réfléchir à la création de conditions ad hoc de capabilité, pour que la rencontre des bénéficiaires avec les professionnels de l'aide psychosociale soit une véritable possibilité de sevrage et d'émancipation de cette violence introjectée. Autrement, tout discours de déstigmatisation des politiques de soins, aussi humaniste et politiquement correct soit-il, reste un discours, une lettre morte et démagogique. Or tout discours qui ne se traduit pas en acte, en relation humaine, en production de rapport ; en dialogue et en « négociation »¹⁰, développe chez les bénéficiaires des attitudes d'incrédulité et de refus vis-à-vis des professionnels ; un refus – et c'est le plus important à mon avis – de vivre à nouveau la douleur psychique et émotionnelle que tout échec provoque, qui est source d'une profonde dévalorisation personnelle et sociale, surtout s'il est vécu de manière récurrente. Dès lors, la clinique du quotidien est avant tout un « état d'esprit singulier », un paradigme adjacent et transversal aux paradigmes pharmaco-psycho-éducatifs en vogue, qui entendent faire venir le bénéficiaire vers un savoir préétabli et clos, dont il doit accepter les prescriptions.

Or, si on prête une oreille décentrée des représentations toutes faites ou, comme l'aurait dit David Cooper, si on arrive à écouter, à prêter l'oreille à partir de son propre ventre, on entendra toujours une cartographie allusive et critique du monde social et technologique environnant qui peut se dégager d'un délire, d'un déni ou d'une quelconque transgression verbale. Si on se positionne d'un point de vue décentré des modes de représentation ordinaires, on va pouvoir non seulement accueillir l'inattendu, pièce centrale

de toute recherche psychosociale, mais aussi découvrir une expérience sensible inédite, qui va nous permettre de pouvoir entrer autrement en relation avec les bénéficiaires de soins : non pas en se représentant ces personnes où nous voulons qu'elles soient, mais là, au présent, ici et maintenant, telles qu'elles se présentent à nous, permettant ainsi de faire évoluer la relation humaine et de soins à partir de ce point « écosophique critique » de reconnaissance, de dialogue, et non à partir d'un ailleurs abstrait déjà tout fait.

C'est cela qui est émotionnellement, psychiquement réparateur. Si la clinique du quotidien a un projet, c'est bien celui d'habiter le présent, de l'incarner ; une temporalité qu'en Occident, nous avons hélas beaucoup de peine à habiter.

Je dirais pour conclure qu'au cœur de notre modernité contemporaine, la production de lien social et de rapports humains ne peut se créer que dans une résistance polyphonique vis-à-vis des représentations closes et surdéterminées de la réalité. Il s'agit d'un acte de résistance, non pas contre qui ou quoi que ce soit, mais pour des espaces de liberté, pour la création de transversalités et d'innovations sociales et institutionnelles. Au-delà de toute pulsion managériale, gestionnaire et bureaucratique autoritaire en vogue. C'est dans ce sens que j'appelle toute tentative d'innovation institutionnelle non autoritaire « un dispositif psychosocial de moins ».

Il s'agit d'une opération de soustraction de toute velléité et pulsion autoritaires et éducatives, par exemple « je sais », avant de donner le temps, la durée nécessaire au bénéficiaire de s'exprimer. Et de le laisser advenir à l'espace social et relationnel à partir de ses propres singularités et ressources. Ce « je sais » nie et méprise l'expertise existentielle et sociale des personnes concernées.

La création de lien social et de production de rapports humains pour une « vie bonne » des bénéficiaires de l'aide sociale, surtout s'il s'agit de personnes vivant de façon chronique dans l'assistance sociale, est bien évidemment possible si chaque professionnel mène au quotidien un bras de fer contre l'autoritarisme des idées reçues. C'est seulement ainsi qu'une véritable révolution des mentalités, transversale et polyphonique, pourra devenir réalité. Cette révolution des mentalités implique qu'il faut admettre que les bénéficiaires de l'aide psychosociale, et à plus forte raison s'il s'agit de personnes vulnérables, sont habités d'une stratégie d'existence vernaculaire qu'il faut connaître et respecter. La nier, c'est les stigmatiser. Elle implique d'admettre que toute prestation sociale et psychothérapeutique, si elle se veut déstigmatisante et

inclusive, soucieuse du bien-être des bénéficiaires, doit intégrer le « bonheur » dans les politiques et dans les évaluations des soins proposés : ici, je fais allusion au ministère du Bonheur du Bhoutan, ce petit pays d'Asie qui a instauré la catégorie holistique du bonheur national brut. Cette politique de déstigmatisation devrait aussi permettre aux bénéficiaires de l'aide, qui s'intéressent pour diverses raisons au déroulement des réunions des professionnels, de pouvoir y participer.

Dans ces conditions, la production de rapports humains redevient la pièce maîtresse, la clé de voûte de tout acte et de toute prestation psychothérapeutique et sociale. Elle peut créer ses propres coefficients de liberté et de créativité pragmatiques. C'est de cette manière, dans la difficulté et les obstacles, qui seront toujours importants et durables face à la méconnaissance et au conformisme, à l'intérieur de ce champ de forces tantôt contradictoire, tantôt innovant, qu'ensemble, professionnels et personnes concernées, pourront, selon les nécessités de chacun et de chacune, créer des institutions et des dispositifs de soins tournés vers des processus d'innovation démocratique. Des dispositifs de soins qui puissent être à la fois des lieux de soin, dans le respect de l'« écosophie » des personnes reçues, des lieux de rétablissement, mais aussi des lieux de refuge des agressions de la ville, afin que les personnes souffrant de troubles de la personnalité chroniques puissent trouver la ville, telle qu'elle est aujourd'hui, bonne à vivre pour eux aussi.

J'ai pu le constater. Ici et là, des jeunes professionnels sont déjà à l'œuvre. Cela est très enthousiasmant et fait rêver... Or, sans rêve, pas de présent, ni non plus de devenir. C'est une condition suffisante pour que ces lieux, ou ces espaces inventés, où qu'ils se trouvent, et pour paraphraser Pierre Dominicé, ne perdent pas leur « âme ».

Notes

- 1 Texte de la conférence donnée dans le cadre du colloque scientifique et citoyen Défense des intérêts et des droits des patients : D'où venons-nous et où va-t-on ? organisé en novembre 2017 à Genève à l'occasion des 25 ans de l'association romande Pro Mente Sana.
 - 2 Franca Madioni (dir.), *Figures du vide. Psychopathologie et hypermodernité*, L'Harmattan, 2017.
 - 3 Judith Butler, *Qu'est-ce qu'une vie bonne ?* Payot, 2014.
 - 4 Peter Sloterdijk, dans *Les Temps modernes comme expérience anti-généalogique*, Payot, 2018.
 - 5 Bérénice Levet, *Le crépuscule des idoles progressistes*, Stock, 2017.
 - 6 Paul Virilio, *Vitesse*, Carnets Nord, 2019.
 - 7 Hartmut Rosa, *Accélération. Une critique sociale du temps*, La Découverte, 2013.
 - 8 David Cooper, *Une grammaire à l'usage des vivants*, Paris, Seuil, 1976.
 - 9 Voir notre Lettre trimestrielle n° 69 d'octobre 2015, *Du centre Le Racard au centre Le Dracar*, Résidence Félix Guattari : Une « tentative écosophique » du vivre ensemble par Miguel D. Norambuena, avec une contribution de Julien Dubouchet Corthay : *Pour une politique de « réinnovation »*.
 - 10 Fernando Carvajal, Janie Bugnion, *Justice restaurative et médiation*, Éditions Saint-Augustin, Saint-Maurice, 2017.
-