

LE SÉMINAIRE de CLINIQUE PSYCHOSOCIALE (Plan)

*Francine GRATIOLLET Directrice adjointe OGFA
Dr Pierre GODART Chef du pôle 2 CH des Pyrénées*

Introduction

Vous nous avez demandé de vous parler du séminaire de clinique psychosociale qui regroupe tout à la fois des travailleurs sociaux et des soignants qui s'est construit à partir d'une expérience conjointe dans le cadre d'une évolution de nos publics...

Cette évolution est repérée depuis au moins 1995 (rapport Lazarus sur la souffrance que l'on ne peut plus cacher), mais les travaux de l'observatoire national des pratiques en santé mentale et des précaires ainsi que de l'ORSPERE ont mis en évidence la croissance continue des problèmes rencontrés.

Les travailleurs sociaux sont de plus en plus fréquemment confrontés, dans les différentes situations au cours desquelles ils établissent une relation d'aide à la personne, à l'expression de souffrances ou de troubles psychiques. Ce vécu de souffrance, lorsqu'il est trop aigu ou trop invalidant, peut déstabiliser la relation d'aide et rendre inopérants les outils d'intervention classiques dont dispose le travailleur social. Ainsi, la souffrance psychique ou le trouble mental viennent complexifier les pratiques et ne cessent d'interroger les limites des interventions et leur basculement possible dans un champ qui n'est plus tout à fait celui du travail social.

Développement

A. À partir d'une expérience conjointe

1) La souffrance des professionnels travailleurs sociaux

- Les repères brouillés, complexité, pas de demande, pression sociale et politique :

Tel que le définit Jean Furtos, la clinique psychosociale est la prise en compte d'une souffrance psychique qui s'exprime sur les lieux du social. Cette donnée nouvelle a, depuis plusieurs années, modifié profondément les pratiques professionnelles du travail social. Souvent les repères se sont brouillés :

- finalité des actions d'accompagnement lorsque l'ampleur et la complexité des difficultés de l'individu rendent peu lisible voire illusoire les perspectives d'insertion autonome,
- les modalités traditionnelles d'accompagnement lorsque la sacro sainte demande d'aide ne s'expriment pas ou bien différemment, et qu'il faut aller à la rencontre du sujet qui ne vient plus à nous ou qui y vient mal (hors rendez-vous, hors cadre, hors sujet...),
- le sentiment de capacité à aider une personne même lorsque les manifestations d'étrangeté du comportement et les attentes de la personne deviennent peu lisibles, voire incompréhensibles et qu'il semble exister un tel décalage entre les outils dont nous disposons et les besoins que nous pensons repérer,
- la question du sens même du travail social, basé sur l'aide à la personne, lorsque nous sommes confrontés à des injonctions paradoxales telles que celles de régler des problèmes de mésusage des lieux publics (places publiques, halls d'immeubles, squats...) ou privés (bailleurs publics, privés...). Nous sommes confrontés parfois à des injonctions de placements / déplacements des individus vers des solutions inexistantes ou inadaptées, qui vont à l'encontre de l'intérêt même de cette personne que notre métier est d'aider.
- Le sentiment d'impuissance

Toutefois, comme l'indique Jean Furtos, « les pratiques des uns et des autres s'en trouvent potentiellement transformées, mais toujours dans le cadre qui est le leur : leur métier se modifie, mais on ne change pas de métier. »

C'est bien ici, à mon sens, dans cette assignation devenue indéfinie ou illisible, que s'origine la souffrance des professionnels.

A cela, bien d'autres facteurs concourent encore à accentuer le sentiment de malaise et alimentent le sentiment d'impuissance :

Pascal est âgé de 32 ans. Voilà bien 10 ans que de nombreux professionnels sanitaires et sociaux de la place de Pau tentent vainement d'aider ce jeune homme dont la consommation massive d'alcool a ruiné le corps et l'esprit. Les multiples tentatives d'aide (de propositions d'hébergement atypiques en hospitalisation, en passant par des prises en charge croisées), n'ont à ce jour pas réussi à lui permettre de trouver un équilibre pérenne et à abandonner ce qui nous apparaît comme une lente agonie. L'insupportable de son état pour tous a suscité bien des rencontres et réflexions entre l'en-

semble des partenaires. Réunions souvent houleuses, tant l'intolérable de la situation devait trouver un coupable ou un sauveur selon le cas.

- Le sentiment d'incompréhension et de solitude

Michel est un jeune homme de 20 ans lorsqu'il arrive à la Résidence Marianna. Rapidement son étrangeté de comportement nous alerte et fonde quelques investigations vers les hôpitaux de la région. *Bingo*, il est en fuite d'une hospitalisation d'office de Cadillac. « Nous venons le chercher de suite, gardez-le ». L'interpellation musclée de Michel quelques heures plus tard impressionne fortement l'équipe. Mais nous avons le sentiment qu'il retourne là où il pourra être aidé et soigné. 15 jours plus tard, Michel sonne à la porte de Marianna. Ré-appel à Cadillac : « Pas de problème, l'HO a été levée ».

Ces ressentis sont encore renforcés lorsque les travailleurs sociaux ne perçoivent pas clairement le cadre d'intervention dans lequel ils évoluent, soit que les missions ne sont pas totalement identifiées, soit que les organisations et collaborations ne sont pas complètement repérées.

Face à l'inconfort de plus en plus fréquent de la pratique professionnelle, les stratégies individuelles et collectives de protection fleurissent :

« Ce n'est pas moi, c'est l'autre » qui doit faire ou qui n'a pas fait ou mal fait.

Les clivages entre professionnels : « nous on fait et on n'est pas compris, pas suivis, pas reconnus... par les autres ».

L'auto-centrisme : « on se débrouille entre nous, parce qu'ailleurs ils ne savent pas faire, ne veulent pas faire... ».

Or un des enjeux majeur de l'évolution de nos pratiques professionnelles est bien d'apprendre à faire ensemble, parce que chacun dans son coin, sa compétence, son institution ne peut maîtriser l'ensemble des outils théorico-pratiques nécessaire au défi que représente la clinique psychosociale que nous avons à construire.

Il est indispensable d'apprendre à mieux identifier l'ensemble de ces freins (légitimes parce que protecteurs) pour mieux les dépasser.

2) Pour les soignants

- Modification de la clinique :

Il y a toujours débat sur l'évolution de la clinique. Parler de l'évolution des symptômes, c'est reconnaître que la psychiatrie n'est pas une science médicale objective, mais qu'elle est en relation avec l'environnement psychologique et sociologique dans lequel nous vivons.

- a. Déjà Lacan en 1938 dans le célèbre article sur *Les complexes familiaux* évoquait « le grand nombre d'effets psychologiques semblant relever d'un déclin social de l'imaginaire paternel ». Il évoque le passage des névroses de transferts aux névroses de caractère (ou aux complexes caractériels).
 - b. Alain Ehrenberg, dans *La fatigue d'être soi* décrit le passage d'une logique de conflit et de culpabilité au sentiment que tout est possible. Ce sentiment de toute-puissance a comme corollaire une responsabilisation de l'individu est commun. L'échappement les troubles dépressifs et addictifs. Effectivement, nous avons pu constater l'augmentation des troubles dépressifs dans nos clientèles au tournant des années 80 ainsi que le nombre de personnes présentant des troubles addictifs.
 - c. Dans les années 60 la description par Bergeret d'états limites a déjà provoqué un débat chez les psychanalystes. Ces états limites, nous en voyons tous les jours les manifestations chez les patients que nous appelons *borderline*, immatures dans le groupe des troubles de la personnalité. De 1990 à nos jours, ce groupe fait maintenant au moins 30 % des entrées à l'hôpital.
- L'inadéquation des réponses traditionnelles :
 - a. Passage des psychothérapies au *coaching* !

Il serait inconvenant de rentrer trop dans les détails de l'évolution des psychothérapies pour arriver au *coaching* devant un groupe de psychologues dont on me dit que la culture lacanienne est majoritaire.

Cependant, comme nous venons de le voir en évoquant Alain Ehrenberg, la logique du complexe, du nom du père ou de la culpabilité donnait tout son sens à un processus thérapeutique visant à élucider les contraintes et les aliénations pesant sur le sujet.

Dans une société où tout serait permis, l'individu n'a plus qu'à se fixer des objectifs et essayer de les tenir avec l'aide d'un *coach*.

- b. Mais c'est surtout l'inefficacité des réponses institutionnelles qui apparaît lorsque l'on travaille avec des personnes présentant des troubles de la personnalité, plutôt dépendantes, plutôt immatures ou plutôt dans le passage à l'acte.

Les réponses institutionnelles quelles qu'elles soient enfoncent plutôt les patients qu'elles ne les libèrent. Les manifestations liées aux processus de dépendance ou d'hospitalisme sont majeurs et au bout du compte les établissements n'aboutissent qu'aux processus de chronicisation.

B. Mise en place du séminaire

Une demande du CCAS

Il semble que nous n'ayons pas la même lecture de l'histoire, pourtant proche, Francine et moi.

Je me souviens des débats entre le CCAS et l'OGFA sur les carences de l'hôpital et leurs incertitudes devant des situations trop critiques pour leur permettre de réaliser un réel travail d'insertion.

Je me souviens de l'inquiétude qui pouvait être la mienne à l'idée que les travailleurs sociaux se représentent l'hôpital comme lieu de réponse à leur désarroi.

Je sentais avec conviction que la réponse asilaire au double sens du XIXe siècle ne pouvait produire que de l'exclusion.

C'est ainsi que nous avons imaginé un lieu de co-élaboration et de réflexion conjointe des problématiques et des réponses à apporter.

- a. La mise en place du séminaire correspondait également à une attente des travailleurs sociaux vis-à-vis de l'hôpital en tant que réponse à leurs difficultés et vis-à-vis d'un savoir qui permettrait, enfin, des réponses opérantes.

En effet, l'idée ou le souhait que la psychiatrie prenne totalement en charge et garde les publics qui paraissent relever de ses compétences est toujours présente chez les travailleurs sociaux.

Il existe également une attente de résultats immédiats concernant la prise en charge, l'hospitalisation et les soins. Il existe une certaine mythification du savoir.

- b. La bonne volonté de quelques soignants (pas la majorité). Dans les séminaires, comme nous le verrons, l'appétence au travail, la participation ou l'élaboration a toujours été majoritairement du côté des travailleurs sociaux. Il a fallu du temps pour que les équipes soignantes, les médecins, les psychologues viennent rejoindre leurs assistantes sociales.
- c. Une séance inaugurale qui évoque :
 - c.i. Première modernité (siècle des lumières) elle est basée sur la raison et le sujet kantien : l'homme doit sortir de sa minorité – sa minorité étant définie comme une incapacité à se servir de son entendement sans tutelle d'un autre (le prince, les prêtres). La conséquence est que le fou qui ne sait pas se servir de son entendement doit être mis à l'asile – en dehors de la communauté (Michel Foucault, *Histoire de la folie l'âge classique*).
 - c.ii. Dans la deuxième modernité la norme renouvelée enjoint à chacun de devenir lui-même, de se penser responsable d'une « production de soi » : qu'il s'agisse de comportements et choix professionnels, économiques ou amoureux... scolaires, même basés sur l'individu. Elle aboutit à l'exclusion des personnes incapables de s'assumer. Il arrive souvent à Francine de dire que les asiles du XXIe siècle sont les CHRS.

C. Concrètement

- a. Un lieu :

Nous avons pérégriné au cours des ans. Les premières séances ont eu lieu à l'OGFA, au CHP (salle de conférence) puis au complexe de la République (où l'acoustique était épouvantable) puis à nouveau au CHP, au centre de formation, puis rue Jean Baptiste Carreau dans les locaux du CCAS où nous sommes restés plusieurs mois, dans des conditions relativement confortables et qui correspondaient à nos besoins.

Malheureusement, il nous a fallu trouver un autre lieu il y a 1 an, faute de disponibilité et signe des temps, dit avec malice le Dr Godart, c'est le retour à l'Asile au centre de formation.

- b. Un groupe ouvert (plus réellement semi-ouvert) :

30 à 40 personnes participent régulièrement à ces instances : des travailleurs sociaux (éducateur-trices, assistants de services sociaux, des TISF...) intervenant en CCAS, en CHRS, en service social hospitalier, des mandataires judiciaires, des chefs de services, des directeurs, des infirmiers, des aides-soignants, des AMP, des médecins, des formateurs d'institut de formation (ITS, IFSI, AMP...) Les volontaires (le principe est que les personnes sont présentes à titre per-

sonnel et non envoyées ou représentantes d'une institution) se retrouvent tous les 2 mois (un calendrier annuel est établi et transmis à un *listing* nominatif, évolutif et mis à jour régulièrement).

c. Modalités :

Sur la base de thématiques définies collégialement, un petit groupe de personnes (si possible de métier différent et intervenant dans des institutions ou missions différentes dans le respect de la pluridisciplinarité et l'inter partenariat) est chargé de préparer le sujet. L'objectif est de présenter au groupe, non pas une intervention construite, mais de faire partager les questions qui auront émergé au cours des séances de préparation, illustrées de situations cliniques, d'études de cas.

Voici quelques thématiques abordées :

- Alcool et précarité ou addiction et précarité
- Famille et précarité
- Le couple mère/enfant dans des lieux d'hébergement transitoire (ou les familles monoparentales marginalisées)
- La précarité du travail social
- Les exclus : victimes ou agresseurs
- Les difficultés des professionnels à se situer face au parasitage, la subversion des modalités d'aide ou les conduites perverses
- Comment les professionnels composent avec la peur ou la violence induite
- Réflexion éthique autour des pratiques sociales et soignantes au bénéfice des personnes en situation précaire
- Jeunes majeurs et souffrance psychique : quelles solutions ?
- Folie et exclusion : la question des origines
- Présentation de la réforme des régimes de protection judiciaire, échanges de pratiques
- Présentation des organisations du CHP
- La difficulté d'insertion des jeunes lors du passage à la majorité
- Tutoiement, vouvoiement : quelles pratiques, quels effets ?
- Vieillesse prématurée, handicap et précarité

Ce premier temps de travail est un moment précieux de connaissance, reconnaissance des professionnels entre eux et contribue à l'établissement de liens de travail et de collaboration positifs. La présentation est alimentée de vignettes cliniques et proposée à l'assemblée pour y être ensuite débattue, et nourrit les échanges, les hypothèses de travail, sous la régulation du Docteur Godart. Cette instance est un outil essentiel, à mon sens, de l'évolution des pratiques professionnelles et de décloisonnement des champs sanitaire et social en :

- Permettant aux professionnels de toutes fonctions, tout statut, compétence, et champs d'intervention, d'échanger sur leurs pratiques professionnelles, leurs difficultés face aux évolutions des personnes prises en charge, des politiques sociales, et celles de nos secteurs d'activité.
- Promouvant une meilleure connaissance des réseaux, une connaissance et reconnaissance des acteurs, la circulation de l'information.
- Contribuant à la co-formation collégiale des acteurs et à l'émergence d'une culture commune.

En septembre 2014, nous avons proposé une évaluation commune de notre instance afin de recueillir les souhaits d'évolutions, les insatisfactions ou limites éprouvées par les uns et les autres. Les retours ont été très positifs et encourageants. Globalement, l'ensemble des acteurs ne souhaitait pas changer les modalités de rencontres et de partage et souhaitait continuer à être associés, même s'ils ne pouvaient être présents systématiquement.

Voici quelques retours écrits pour ceux qui ne pouvaient se libérer ce jour-là : ...« Du coup je vous transmets après "la bataille" tout l'intérêt que j'ai trouvé à ces rencontres grâce à la richesse des échanges et à l'éclairage apporté. La possibilité de pouvoir échanger en toute simplicité avec les partenaires et professionnels y compris de sujets qui touchent est inestimable. Bref, j'espère que ces réunions perdureront. Leur forme me convenait très bien. Mais quelle que soit l'évolution que vous aurez souhaité y donner, je souhaite m'y inscrire. »

... « Mon expérience des séminaires de clinique psychosociale n'est pas très grande puisque je n'y ai participé que 2 fois. Toutefois, et selon mon humble avis, ces temps-là permettent d'entendre, de mieux comprendre, l'approche des uns et des autres, partenaires au quotidien dans le suivi des personnes. Ils nous permettent de croiser nos regards, si différents parfois selon la place où l'on est, et pourtant complémentaires. Ces échanges et réflexions permettent une petite pause dans nos semaines aux emplois du temps chargés, une prise de distance, un questionnement de nos certitudes, de nos pratiques ; avec par la suite, il faut le souhaiter, des retombées positives sur les accompagnements des personnes. »

Conclusions

- a. La clinique psycho-sociale avec Jean Furtos
La possibilité d'être reconnu en tant qu'homme dans ce monde n'est plus possible pour beaucoup.
Cela occasionne de l'humiliation, de la honte et du repli.
- b. Les réponses institutionnelles ne correspondent pas à cette problématique (ex : CHRS, asile).
- c. Nécessité de retisser des liens pour les usagers, pour les différents intervenants professionnels.