

HAUTE ECOLE DE TRAVAIL SOCIAL

Mémoire de fin d'études

AIDER PAR LA CONTRAINTE ?

« Paradoxe et construction d'un projet d'accompagnement :

Enquête exploratoire sur l'intervention des travailleurs sociaux auprès de
personnes souffrant de troubles psychiques »

Travail effectué dans le cadre de la formation HES, présenté par :

Muff Sandra, FTP 2003, filière service social
Sous la direction de Quiroga Dominique

Genève, Septembre 2009

Les opinions émises dans ce travail n'engagent que leur auteure

SOMMAIRE

Introduction :

Le travail social au carrefour d'enjeux contradictoires.....	P. 3
---	-------------

Première partie :

Problématique, terrain et méthodologie de recherche.....	P. 5
---	-------------

1.1	Questions de recherche.....	P. 5
1.2	Champ d'investigation et limites de recherche.....	P. 6
1.3	Objectifs et méthodologie.....	P. 8
1.4	Hypothèses de travail.....	P. 11

Deuxième partie : Eclairages conceptuels.....	P. 14
--	--------------

2.1	A propos de la définition des troubles psychiques.....	P. 14
2.2	Contraintes sociales.....	P. 15
2.3	Contraintes formelles, informelles et identité.....	P. 18
2.4	Perception des troubles psychiques et évolution des pratiques.....	P. 20
2.5	Aide, accompagnement et complexité.....	P. 23
2.6	L'institution de soin : un réseau implanté dans la collectivité.....	P. 26
2.7	Contraintes institutionnelles.....	P. 27

Troisième partie :

Champs professionnels, réseaux et accès aux ressources.....	P. 30
--	--------------

3.1	Eclairages sur le terrain d'action d'un champ professionnel	P. 30
3.2	L'intervention professionnelle sous l'éclairage de la définition des troubles psychiques.....	P. 38
3.3	Accès aux prestations sociale et accompagnement : entre commande institutionnelle et engagement réciproque.....	P. 42
3.4	Le travail en réseau : potentialités et obstacles.....	P. 47
3.5	Politiques sociales et contexte socio-économique.....	P. 53

Quatrième partie : Stratégies relationnelles et alliance.....	P. 59
4.1 Vulnérabilités et obstacles.....	P. 59
4.2 Penser l'action sous mandat en termes de processus : un terrain fertile pour l'empowerment ?.....	P. 62
4.3 L'alliance en tant que perspective.....	P. 64
4.4 Contraintes et relations interpersonnelles.....	P. 68
4.5 L'alliance : entre socialité secondaire et socialité primaire, un espace d'interprétation.....	P. 71
4.6 Relations par étayage : dons et processus relationnels.....	P. 73
4.7 Injonction paradoxale et triangle dramatique de Karpman.....	P. 77
4.8 Le respect comme « entre-deux ».....	P. 82
 Cinquième partie :	
Chemin parcouru, limites et quelques réflexions en guise de conclusion.....	P. 86
5.1 Les questions de recherche au regard de l'exploration théorique et empirique.....	P. 86
5.2 Limites.....	P. 88
5.3 Du point de vue de ma propre pratique... et conclusion générale.....	P. 89
 Bibliographie.....	P. 92
Annexe : Guide d'entretien.....	P. 96

INTRODUCTION : LE TRAVAIL SOCIAL AU CARREFOUR D'ENJEUX CONTRADICTOIRES

Comment situer le rôle du travail social, ce domaine professionnel aux formes si variées ? Si le fondement de l'implication des travailleurs sociaux dans les institutions sociales semble être lié au soutien des populations vulnérables, il apparaît que cette forme d'aide concilie des processus sociaux antagonistes. Ainsi, Autès (2000) qualifie le travail social d'action qui conjugue la normalisation des populations et leur émancipation. En d'autres termes, cette forme de travail viserait la conformité des personnes aux normes collectives dans et par le « *respect des subjectivités* » (p. 252). Si cette formulation laisse supposer la prééminence des forces normalisantes sur l'émancipation, ces dimensions semblent au contraire indissociables, l'une agissant sur l'autre et vice-versa, dans une complexité que les mots ne parviennent que partiellement à traduire.

Arrivant au terme d'une formation en travail social, la prise de conscience du rôle du travail social a suscité chez moi d'autres questionnements, portant notamment sur l'expression concrète de ces contradictions sur les pratiques. Il m'a ainsi semblé que la notion d'aide contrainte offrait une perspective d'observation intéressante du fait qu'elle cristallise des enjeux opposant la subjectivité des personnes à des choix sociaux.

Aide et contrainte : ces deux termes sont-ils antinomiques ? De l'aide, le petit Robert nous dit : « action d'intervenir en faveur d'une personne en joignant ses efforts aux siens ». Quant à la contrainte, la définition suivante est proposée : « violence exercée contre quelqu'un ; entrave à la liberté d'action ». De la contraction de ces deux définitions, retenons l'idée d'une aide venant à l'encontre de la volonté exprimée par la personne désignée sur la question de cette aide, en tenant compte de la dimension de violence exercée sur celle-ci. Cette situation spécifique place l'intervention professionnelle au carrefour d'enjeux individuels et sociaux problématiques : d'un côté se situent les besoins subjectifs de la personne, de l'autre ses besoins objectifs ou en d'autres termes, tels qu'ils sont définis socialement. Les notions de dignité et de liberté, essentielles en matière de droits fondamentaux, en sont les corollaires.

Il est donc question du respect des droits de la personne, mais également de la responsabilité collective à son égard lorsqu'elle est en difficulté ou qu'elle n'est plus en mesure d'exercer cette liberté sans se nuire à elle-même ou à autrui. La forme qu'une société choisit de donner à cette responsabilité est toujours liée aux conceptions du vivre ensemble, celles-ci étant situées historiquement et en continuelle évolution. On ne peut cependant réduire les enjeux au niveau de l'individu et à la contradiction inhérente au fait de

devoir l'aider, alors qu'il refuse cette aide, qu'il s'y oppose, qu'il s'agisse d'un désaccord sur la définition de ses besoins, du déni de ses difficultés, ou même de l'incapacité à exprimer une demande. Quelles que soient les origines de l'inadéquation entre l'offre d'aide et la réponse du destinataire, les besoins de la société en termes de cohésion sociale et de sécurité sont indissociables au regard de cette problématique.

En ce qui concerne le travail social, notons que la notion de consentement est relative dans de nombreux contextes professionnels : les personnes aidées sont très souvent en grande difficulté, vulnérables, voir dépendantes à l'égard d'autrui. Et qu'il s'agisse des domaines propres au handicap, à la protection des mineurs ou encore à l'aide sociale, on ne peut vraiment à proprement parler de choix d'être aidé. Si cette remarque s'applique aux situations d'aide de la vie courante, elle implique chez les bénéficiaires de l'aide professionnelle une variété de postures en lien avec l'acceptation de leurs difficultés personnelles, de l'intervention de la collectivité dans leur sphère privée ou des normes sociales établies. Ainsi, le refus de l'aide peut relever de problématiques diverses allant d'une méfiance à l'égard des institutions socio-sanitaires, de la crainte d'un lien de dépendance à l'impossibilité d'exprimer une demande d'aide.

Dans la première partie de ce travail, je présenterai ma démarche, les questions de recherche et hypothèses qui ont orienté mes observations, ainsi que le champ d'observation dans lequel elles s'inscrivent. La deuxième partie consiste en une exploration conceptuelle visant à définir les contours de la problématique de l'aide contrainte, celle-ci étant bien entendu partielle. Je poursuivrai ensuite en troisième partie mon enquête à travers la présentation des intervenants et institutions qui ont permis l'exploration empirique de la problématique, au regard de certains concepts repris de la partie précédente ou leur prolongement. Dans la quatrième partie, l'angle d'approche s'affine et tend à laisser émerger par les témoignages des professionnels les conditions concrètes de l'aide d'une part, les processus relationnels qu'ils permettent de mettre en valeur d'autre part. Enfin, dans la conclusion, je reviendrai brièvement sur mes questions de recherche et mes hypothèses, ferai part des limites de mon travail et partagerai quelques réflexions concernant ma propre pratique professionnelle.

PREMIÈRE PARTIE : PROBLÉMATIQUE, TERRAIN ET MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

1.1 Problématique et questions de recherche

Dans la mesure où la notion d'aide contrainte « *va à l'encontre d'une opinion communément admise* » (Bouquet, 2000, p. 403), elle constitue un paradoxe. Qu'advient-il au cours des accompagnements unissant usagers et professionnels dans une relation contrainte, ces derniers étant contraints de contraindre autrui, dans une marge de manœuvre délimitée par le dispositif administratif ou juridique ? Pour eux, deux postures, difficiles à concilier peuvent en effet s'imposer, celle d'une aide empathique et celle d'une aide marquée par l'autorité que la loi délègue au professionnel. Partant de cette problématique, mon intention consiste à explorer la pratique professionnelle à travers une questionnement touchant à la dynamique d'accompagnement.

Comment le travailleur social s'en sort-il avec le paradoxe de l'aide contrainte dans l'accomplissement de sa mission ? L'aide imposée se transforme-t-elle en une aide orientée par une perspective émancipatrice ? Par quels moyens, quelles alliances et autour de quels projets ? Comment le travailleur social s'y prend-il ?

Dans ce système de contraintes qui encadrent la relation, on peut faire l'hypothèse que c'est au cours d'un processus redéfinissant les modalités de l'échange que se construit une alliance permettant à la personne aidée et la personne aidante de définir un projet commun. Il n'est pourtant pas toujours possible de parvenir à cet accord et ce, pour diverses raisons. Dès lors, comment ce désaccord se traduit-il au niveau des relations interpersonnelles et dans quelle perspective s'orientent les interventions ?

Si l'intervention sociale peut s'évaluer en termes de résultat – a-t-on à travers cette mesure amené le changement souhaité pour la personne ? –, elle ne peut s'y limiter et doit pouvoir s'analyser en tant que processus, attendant que chaque rencontre reste marquée par la même intention professionnelle participant « du projet d'amélioration de la vie des personnes » sans toutefois omettre la subjectivité, les désirs de ces dernières. Et du fait que « les situations d'intervention sont constamment des situations qui portent sur les limites, sur les écarts aux normes, sur l'injustice, sur la souffrance de l'autre, sur son existence comme sujet, jusqu'aux questions existentielles qui touchent aux aspects les plus sensibles de la condition humaine » (Autès, 2000, pp. 263-264), elles engagent non seulement la subjectivité de la personne aidée, mais également celle de la personne aidante (Autès, 2000). C'est

pourquoi, dans un contexte d'intervention confrontant le travailleur social à ses propres limites et contradictions, je souhaite également questionner le sens que ce dernier donne à son action.

1.2 Champ d'investigation et limites de recherche

De l'ensemble des domaines du travail social concernés par « l'aide contrainte », j'ai choisi d'explorer celui dont la mission est de soutenir les personnes souffrant de troubles psychiques. Il s'agissait en premier lieu d'approfondir une problématique qui suscite mon intérêt et l'occasion de côtoyer des personnes souffrant de troubles psychiques m'a sensibilisée à leurs difficultés et à celles de leur entourage. La souffrance perçue m'a semblé porter sur deux aspects, liée aux effets des troubles eux-mêmes, à l'altération de la perception de la réalité, à une profonde détresse qui bouleverse les rapports à autrui, mais également au regard extérieur sur cette souffrance dont l'effet participe de la stigmatisation des personnes.

Le champ de la santé mentale est vaste, il recouvre de nombreuses conceptions et divers terrains professionnels. Et si l'angle médical est prégnant dans les problématiques qui concernent ce champ, les approches contemporaines tendent à intégrer d'autres approches disciplinaires telles que la sociologie ou la psychologie. D'un point de vue opérationnel, cela se traduit par la présence de nombreuses institutions, directement ou indirectement affiliées à la psychiatrie. Ainsi, psychiatrie et santé mentale ne se recouvrent pas totalement, la deuxième intégrant notamment en son sein des institutions à dominante sociale. Mais dans la mesure où les frontières entre institutions de soin et du social ne sont pas tranchées, je ferai référence dans ce travail à une conception du soin étendue aux pratiques liées au domaine du social. Leur finalité est ainsi présumée commune : participer à la qualité de vie des personnes et de la collectivité.

Tant de par son contexte juridique que par la nature des questionnements suscités par la pratique professionnelle, le champ de la santé mentale offre un éclairage particulier de l'ambiguïté des interventions sociales et des enjeux sociaux contradictoires qui les accompagnent. Par effet miroir, ces pratiques nous renvoient aux dilemmes consécutifs des dimensions éthiques de l'action sociale : la protection de la personne et celle de la société sont-elles toujours conciliables ? Entre la notion de liberté individuelle et celle de cohésion sociale, quelles sont les articulations, les priorités qui président à l'organisation des institutions et leurs modalités d'intervention ?

En psychiatrie, la notion de contrainte fait l'objet d'une attention précise, donne lieu au contrôle des pratiques et implique la recherche de solutions limitant le moins possible les libertés des personnes. Une des hypothèses de ce travail postule la collaboration du réseau socio sanitaire comme étant la principale alternative au recours à la contrainte, réseau notamment constitué pour rompre avec des pratiques devenues illégitimes. L'histoire de la psychiatrie, sa longue évolution est marquée par la transformation de la perception des troubles – longtemps associée à la déviance aux normes établies – et celle de la liberté individuelle. L'adoption de normes juridiques explicites sur les questions touchant aux limites des libertés personnelles en est l'illustration.

Dans le champ de la santé mentale, les problématiques, souvent aiguës, impliquent des bouleversements pour les personnes concernées par la maladie et leur entourage et du point de vue des interventions, les décisions sont lourdes de conséquences. Les professionnels, parfois contraints à agir sans le consentement des personnes, sont soumis à des questions fondamentales, nécessitant une évaluation précise de la légitimité de leurs actes. Tout comme Zarifian qui conçoit les troubles psychiques comme étant l'exagération de tout comportement humain, offrant un miroir sans concession à chaque individu (2000, p.9), faisons l'hypothèse que les pratiques en santé mentale mettent en lumière, sous un angle spécifique, d'autres contextes d'aide, notamment ceux qui prennent appui sur les normes sociales.

Ainsi, je me pencherai sur les pratiques de travailleurs sociaux inscrits dans le champ de la santé mentale, que ceux-ci soient intégrés à des équipes médicales en milieu hospitalier, exécutants de mesures tutélaires ou encore intervenants spécialisés dans la vie quotidienne de la personne. Les extraits d'entretiens porteront essentiellement sur des situations impliquant des personnes concernées par des difficultés psychiques.

Certains sujets affiliés à ma problématique ne seront qu'effleurés, voir écartés. Je pense par exemple à la question pénale lorsqu'elle est liée à la psychiatrie, sujet souvent mis en évidence dans la presse de manière à attirer l'attention du grand public. Cela tend à porter préjudice aux personnes concernées par des troubles du fait des associations abusives qui peuvent être faites entre maladie psychique et dangerosité. La médicalisation des problèmes sociaux est également un thème apparenté que je n'aborderai pas; il implique des enjeux essentiels au regard des pratiques professionnelles et de l'aide contrainte de manière générale. En effet, cette problématique pose la question des alternatives en termes d'insertion sociale au premier plan.

1.3 Objectifs et méthodologie

La plupart des questions évoquées dans ce travail ne trouveront pas de réponse définitive : tout au plus, des ébauches, des pistes seront proposées. Il s'agit avant tout d'identifier les enjeux de l'aide contrainte, de se pencher sur les dilemmes rencontrés par les professionnels et d'un point de vue plus personnel, de mieux connaître une problématique spécifique. À travers la question de l'alliance dans l'aide contrainte et de ses contours éthiques, je souhaite interroger le point de vue du travailleur social (TS) et ce que celui-ci peut nous apprendre du contexte actuel. En d'autres termes, un des objectifs de ce travail est d'observer le microsocial, afin de pouvoir questionner le macrosocial.

Après avoir formulé le projet de cette recherche, un stage de huit mois en tant qu'assistante sociale (AS) au sein de différentes unités de psychiatrie intra hospitalière est venu modifier quelque peu le projet d'origine, du moins au niveau de l'éclairage principal des questions de recherche. En effet, m'étant intéressée aux mesures tutélaires, l'exploration de la problématique devait principalement s'appuyer sur ce champ précis et mettre en lumière les différentes questions qu'il soulevait au sein des pratiques du réseau social. Les mesures tutélaires n'ont de loin pas été absentes de mes observations en psychiatrie, mais les pratiques hospitalières sont devenues l'angle principal par lequel elles ont été orientées et il ne pouvait en être autrement vu que j'étais appelée à participer aux interventions.

Si cette immersion est venue enrichir cette recherche à différents niveaux, elle a constitué également un obstacle dans la mesure où la pertinence de mes questions a été mise en doute. Prise par le travail réel, rythmé par les colloques, les entretiens individuels et les moments d'échanges informels avec l'équipe, enthousiasmée par l'engagement de cette dernière auprès des personnes hospitalisées, la dimension contraignante des interventions s'est effacée de ma perception. Ce « déni des contraintes » (Hardy, 2001, p. 39) ayant succédé à une période de prise de contact avec la psychiatrie, avec ce qu'elle suppose de proximité avec la souffrance et l'instabilité psychiques, c'est avec d'autant plus de légèreté que j'ai valorisé l'aide, faisant l'impasse sur de nombreux questionnements qui m'avaient conduite à envisager ce travail. Pour me permettre de poursuivre mon projet de recherche, il m'a fallu reprendre le fil historique de la psychiatrie, rechercher ce qui a présidé à la construction actuelle des soins et ainsi percevoir d'un regard nouveau les enjeux qui traversent ce champ.

Il a ainsi été possible de visiter d'autres conceptions développées durant les années soixante comme autant d'alternatives aux pratiques contraignantes, puis de constater que si certaines d'entre elles subsistent au sein de certaines structures, d'autres ont été écartées. La ques-

tion du financement des infrastructures semble en effet indissociable de l'évolution de la psychiatrie, dont les intentions humanistes ont souvent été tempérées par la réalité des enveloppes budgétaires limitées. Mais si les choix économiques constituent une dimension essentielle des orientations des politiques de santé, ces dernières relèvent également de la légitimation par le corps scientifique de certaines pratiques et ce, au détriment d'autres pistes expérimentées en marge des courants dominants. Tous ces éléments permettent de rendre visible la construction sociale de la psychiatrie, souvent difficile à percevoir, tant son langage et sa complexité tendent à en brouiller la lecture.

La confrontation de mes questions de recherche a ensuite été poursuivie lors de rencontres informelles et exploratoires d'intervenants du réseau, représentants de trois domaines du secteur associatif : l'Arcade 84 pour la réhabilitation psychosociale, Pro Mente Sana pour le soutien psychosocial et juridique adressé aux personnes et à leurs familles et enfin une association de personnes concernées par les difficultés psychiques, l'Expérience, qui offre un espace de convivialité et de projets collectifs. Une série de questions simples ont structuré les échanges qui n'ont pas été enregistrés et si j'ai choisi de ne pas citer ces personnes, leurs propos m'ont offert des nouvelles pistes de réflexion, de lectures et ont influencé la construction de ce travail.

Pour poursuivre ma distanciation du point de vue intra hospitalier et avoir accès au vécu des personnes dans un contexte moins marqué par le cadre institutionnel, je me suis également rendue à plusieurs reprises au « psytrialogue », espace de parole réunissant des personnes concernées par la maladie, les proches et les professionnels autour de thèmes qui les concernent. Une conférence-débat organisée par une association de soutien aux personnes et à leur famille, donnant la parole à un psychiatre sur le thème de la contrainte en psychiatrie était une autre forme de témoignage des échanges entre professionnels et public sur des thèmes difficiles, qui peuvent donner lieu à des positions antagonistes. Et cette capacité des professionnels eux-mêmes à aborder les besoins des personnes, les intentions et limites de la psychiatrie, en signifiant notamment le recours aux moyens de contraintes comme une illustration d'une certaine forme d'impuissance est, il me semble, quelque chose de particulier à ce domaine. Si l'idée d'étendre cette posture à tous les professionnels est éloignée de mon propos du fait de leur grande variété, cette volonté de dialogue témoigne d'un parcours collectif qui imprègne encore les différents acteurs et de l'intention de partager un point de vue assez simple, mais fondamental, qui consiste à ne pas considérer les actes contraignants comme *allant de soi*.

Les hypothèses de ce travail sont nées de mon *observation participante*, des échanges mentionnés précédemment et également de mes interventions auprès de personnes hospitalisées. Etant engagée dans une démarche qualitative, mon objectif n'est pas de vérifier ou infirmer ces dernières, mais plutôt d'engager une dynamique réflexive entre la théorie et le terrain d'observation. Ainsi, ces hypothèses ont connu de nombreuses modifications et ce, jusqu'à la fin de ce travail, évoluant avec ma perception de la problématique. Si elles ne débouchent pas sur un résultat concret, elles proposent une certaine orientation du regard.

L'étape suivante du travail a consisté à interviewer des travailleurs sociaux sur la base d'une grille d'entretien et des questions ouvertes. Articulée aux questions de recherches et construite en trois parties distinctes (c.f. annexe), cette grille a constitué une trame avec laquelle je me suis permis une relative liberté, comme lorsque l'intervenant devançait mes questions. La première série de questions avait pour objectif de situer l'organisation et sa fonction au niveau du réseau, de délimiter le rôle de l'intervenant interviewé et de faire émerger des éléments concrets sur le type de prise en charge. En deuxième partie, je proposais à l'intervenant d'explorer une situation concrète présentant une situation de refus d'aide, afin de mettre en valeur des éléments significatifs en lien avec mes questions de recherche. Une brève description de la trajectoire personnelle et institutionnelle était suivie de questions portant sur le déroulement de l'accompagnement, son orientation et les moyens privilégiés par l'intervenant pour établir un lien avec la personne. Enfin, la troisième série de questions était centrée sur l'exploration de la perception du travailleur social de la situation présentée et de manière plus générale, de la situation des personnes souffrant de troubles psychiques. Elle portait également sur sa propre conception de son rôle.

En effet, la santé mentale, champ de ce travail, semble placer le travailleur social dans une configuration particulière, au carrefour du soin, du social et du juridique. Qu'il soit intégré à une équipe médicale aux modèles conceptuels et opératoires spécifiques, exécutant de mesures légales ou intervenant de proximité, ce contexte professionnel implique pour le TS de côtoyer et de construire son approche sous la direction, en parallèle et/ou dans la complémentarité d'autres disciplines et acteurs. Le sujet de ce travail n'est autre que le travailleur social inscrit dans un champ professionnel spécifique, caractérisé par le recours à l'aide contrainte, l'orientation de son action étant associée à un contexte légal, aux valeurs qui imprègnent la relation d'aide et à la singularité des situations.

Ayant interviewé huit travailleurs sociaux, l'analyse s'appuie sur les propos de deux intervenants chargés de l'exécution des mesures tutélaires, de quatre assistantes sociales intégrées à des équipes médicales en psychiatrie, deux en intra hospitalier et deux en ambula-

toire, d'une assistante sociale travaillant dans un foyer d'hébergement et enfin d'une éducatrice pratiquant l'accompagnement à domicile.

Les résultats ne sont pas présentée de manière exhaustive, les extraits d'entretien choisis me permettant de traverser quelques concepts présentés en deuxième partie. Cela étant dit, avant de poursuivre la présentation de la démarche empirique, je souhaite évoquer la construction théorique proposée, fruit de la confrontation de mes observations de terrain, des interviews et des diverses lectures effectuées. Devant autant de sources d'informations et une problématique difficile d'approche, j'ai ressenti le besoin de parcourir un bon nombre de concepts que j'ai ensuite synthétisés, de manière à offrir un éclairage théorique (à nouveau non exhaustif) des questions soulevées. Il est vrai qu'il a été ensuite difficile de reprendre chaque notion présentée, de la mettre en discussion au regard des éléments révélés par les interviews. C'est la raison pour laquelle j'ai fait le choix de les reprendre partiellement et d'introduire de nouvelles approches théoriques me permettant d'illustrer mes hypothèses.

Du point de vue de l'éthique de recherche, tant les interviews que la présentation des situations concrètes, sortes de vignettes cliniques, m'ont demandé de prendre quelques précautions, ce en vue du partage du contenu des entretiens et afin de préserver l'anonymat des personnes. J'ai ainsi transmis les retranscriptions écrites des entretiens aux intervenants, leur offrant la possibilité d'apporter des modifications ou mettre des limites à ce que je pourrai faire figurer dans le travail final. Des versions résumées des situations leur ont ensuite été proposées dans le but qu'ils puissent « maquiller » les éléments qui pourraient permettre aux personnes ou à d'autres la reconnaissance, mais aussi pour avoir leur accord sur la formulation de ces résumés, garantissant dans une certaine mesure ma fidélité aux propos tenus. Je remercie au passage chaleureusement les professionnels pour leur participation à ma démarche.

1.4 Hypothèses de travail

En quoi consiste l'aide adressée à une personne qui ne demande pas d'aide, voir la refuse, alors que nous pensons que cette dernière ne peut être efficace que lorsqu'elle y consent ? Le paradoxe de l'aide contrainte, rappelons-le, se définit par la juxtaposition de logiques contradictoires qui relèvent de niveaux différenciés : de quelle forme d'aide s'agit-il et sur quelle conception de l'humain s'appuie-t-elle ? Lorsqu'on parle de consentement, s'agit-il d'un accord explicite ? Celui-ci est-il toujours nécessaire ou possible ? Dans une société où la liberté individuelle est très valorisée, comment une intervention contre le gré d'une per-

sonne est-elle légitimée et que vise-t-elle ? Ce paradoxe recouvre ainsi de nombreux questionnements, offrant la potentialité d'une vaste exploration théorique et empirique et ce, dans de nombreux champs d'action. Ces questions ne pourront toutes être développées ; elles émergeront aux côtés d'autres le long de cette recherche qui explore plus spécifiquement trois questions abordées dans le champ précis de la santé mentale.

La première est à l'origine ma question de départ, elle forme d'une certaine manière la discussion qui sous-tendra l'ensemble de la recherche :

Comment le travailleur social concilie-t-il sa mission avec le paradoxe de l'aide contrainte et ce, dans le champ spécifique de la santé mentale?

Il s'agit essentiellement d'une question théorique du fait qu'un paradoxe consiste avant tout en une idée, un moyen d'appréhender la réalité sous un certain angle. Les deuxième et troisième questions que je présenterai sont en quelque sorte la traduction opérationnelle de la première et s'appuient sur l'hypothèse suivante:

Le TS cherche à transformer l'aide imposée en aide « émancipatrice ».

Cette hypothèse appelle d'une part à s'interroger sur la manière de s'y prendre, la marge de manœuvre et les limites rencontrées par le professionnel. Elle implique d'autre part une définition de l'aide « émancipatrice » qui doit être comprise comme une notion souple, synonyme de respect de la subjectivité de la personne, dans la mesure où le contexte le permet. Dans le cas contraire, l'aide émancipatrice tient lieu d'une intention motivée par d'autres facteurs qui imprèneront l'action et la délibération qui la préside. Elle fait appel aux notions de visée ou de croyance (dans le potentiel de changement par exemple) qui donneront une inclinaison à l'orientation des interventions. Ainsi, cette aide « émancipatrice » peut par exemple comprendre la recherche de moyens permettant de restreindre le moins possible la liberté des personnes, d'augmenter l'éventail de leurs choix et leur capacité à choisir.

Comment le travailleur social s'y prend-il pour favoriser la transformation de l'aide imposée en aide « émancipatrice » ?

Cette deuxième question, traduction opérationnelle de la première, suppose de placer l'intervenant au cœur de deux types d'interactions relationnelles qui se superposent et interagissent : la première se situe au niveau de la relation intersubjective entre aidant et aidé et

la deuxième se caractérise par le contexte institutionnel de la relation. Je formule dès lors l'hypothèse suivante :

L'intervenant favorisera cette transformation en proposant à la personne une attention qui déborde l'action instrumentale, attitude qui prend en compte les processus psychosociaux liés à la reconnaissance symbolique et l'inscription du sujet dans une trajectoire. En d'autres termes, il cherchera à faire alliance avec la personne aidée.

Dans la définition de l'aide « émancipatrice » que je propose un peu plus haut apparaissent les notions de visée, de croyance et de conviction. Nous situant dans un domaine qui met en jeu la subjectivité du professionnel, tout comme celle de la personne aidée, la troisième question interroge les dimensions éthiques qui sous-tendent l'action professionnelle :

Quelles valeurs orientent l'action du travailleur social dans le contexte de l'aide contrainte?

Cette question permet d'aborder les dilemmes qui peuvent naître de ce contexte d'intervention, dilemmes en lien avec le contexte socio-historique contemporain. Mon hypothèse est la suivante :

L'intervenant sera pris dans une tension permanente entre la bienfaisance et l'autonomie.

Si cette dernière question sera brièvement développée de manière explicite au regard des propos des professionnels, elle sous-tend implicitement l'analyse de toutes les situations présentées par ces derniers.

DEUXIÈME PARTIE : ÉCLAIRAGES CONCEPTUELS

2.1 À propos de la définition des troubles psychiques

La définition privilégiée dans ce travail se réfère à la conception bio-psycho-sociale des troubles proposée par l'OMS et faisant l'objet d'un consensus au sein des professionnels. Dans cette perspective, les origines des troubles psychiques, leurs conséquences et « traitements » sont figurés comme étant une conjugaison de facteurs en interaction à situer dans un environnement. D'un point de vue épistémologique, ce modèle de référence est le fruit d'une évolution historique de différents courants qui se centraient à l'origine sur une de ses composantes, citons les courants neurobiologique, psychanalytique et sociologique. Cette représentation plurifactorielle est-elle issue d'un consensus entre spécialistes, d'un rapport de forces, des progrès techniques, d'une co-construction des acteurs concernés ou encore des limites inhérentes à chaque approche isolée ? On peut faire l'hypothèse que ces différents facteurs sont impliqués, entre autres éléments que j'ometts.

M'intéressant plus particulièrement aux facteurs sociaux, partant du présupposé que les travailleurs sociaux impliqués dans les institutions sociales participent eux-mêmes de l'environnement social des personnes, je me suis penchée sur l'approche sociologique de la santé mentale, principalement orientée sur l'appréhension de ses déterminants sociaux. A la différence des autres formes de maladie dont la perspective sociologique n'implique pas la connaissance des spécificités médicales, l'analyse des troubles psychiques, par leur nature même, semble poser des difficultés.

Zarifian suggère qu'à la différence des troubles somatiques, qui sont circonscrits et objectifs – le diabète étant par exemple une maladie dont les formes varient peu d'une culture à une autre – n'impliquant pas le dysfonctionnement de l'ensemble des fonctions biologiques, il n'en est pas de même pour les troubles psychiques. Si les médecins ne parviennent pas toujours à un diagnostic univoque, les différences s'accroissant avec les distances géographiques et culturelles, la « pathologie de l'humeur » serait par exemple, pour l'auteur cité, de nature différente que le diabète déjà cité. « Elle se situe dans une dimension affective obligatoire et dans une interdépendance des opérations psychiques qui en font la spécificité. Une pathologie de l'humeur, une dépression par exemple, n'est jamais isolée du reste du comportement de celui qui en est atteint. L'appareil psychique fonctionne toujours dans sa globalité. On ne peut dire « A part ma mélancolie, tout va bien... » Une anomalie du fonctionnement de la pensée envahit toujours celle-ci tout entière » (Zarifian, 1994, cité par Dorvil, 2007, p. 172).

La difficulté liée à la définition des troubles psychiques a fait l'objet de nombreuses controverses, certains auteurs – sociologues notamment –, ayant même nié la réalité de la maladie, l'appréhendant uniquement comme conséquence de rapports sociaux stigmatisants. La maladie mentale serait alors « une étiquette appliquée par la société à des sous-ensemble de comportements et de sentiments inhabituels, bizarres ou perturbateurs » (Dorvil, 2007, p. 170). Si de telles analyses peuvent paraître simplificatrices, elles permettent la mise en évidence de questions portant sur l'interaction entre facteurs biologiques et environnementaux, la composante subjective du diagnostic, culturellement et historiquement situé, ainsi que le rôle des préjugés sur la perception que les personnes ont d'elles-mêmes. « Ainsi, la marginalisation est double, car elle prend racine avec la maladie elle-même et se poursuit avec le ressenti et les attitudes et comportements négatifs de la communauté face à eux » (Dorvil, p.185). Celle-ci, poursuit Dorvil au chapitre suivant, porterait atteinte à l'accès des personnes aux « biens matériels (emploi, statut relatif au marché du travail) et symboliques (estime de soi, reconnaissance sociale) » (p. 185).

Conclusion

M'appuyant sur la reconnaissance des facteurs biologiques et intrapsychiques en jeu dans la genèse et l'évolution des troubles, je souhaite intégrer le rôle du contexte culturel et social à mon observation. Ainsi, s'il est à mon sens inutile d'interroger la prégnance des déterminismes, qu'ils soient endogènes ou exogènes, du fait qu'ils paraissent tout simplement indissociables, il me semble important de développer un questionnement des processus sociaux à l'œuvre dans la problématique des troubles psychiques. Cet intérêt porte la question de la qualité des liens au premier plan.

Les liens sociaux se déclinent sur des niveaux différenciés, allant de la relation intersubjective aux relations entre groupes en passant par l'interaction entre un ou des individus et la société, cette dernière forme de lien étant médiatisée par les institutions et les représentations sociales.

2.2 Contraintes sociales

Si la définition de la contrainte proposée en introduction privilégiait la force opposée à la liberté d'action, soulignant son caractère potentiellement violent, celle-ci pourrait également devenir source de créativité dès lors qu'il s'agit de la contourner. Ainsi, plutôt qu'entrave ou obstacle, une contrainte serait de l'ordre de la restriction qui, dans nos sociétés complexes,

se traduirait par des règles favorisant la régulation des interactions sociales¹. A la différence des contraintes biologiques, forme de restriction naturelle déterminant le champ du possible des êtres vivants, les contraintes sociales reflètent les restrictions culturelles socialement élaborées et sont la traduction des normes sociales, elles-mêmes véhicules de valeurs définissant le cadre moral de l'agir humain.

Au niveau des institutions de santé et du social, les contraintes découlent des législations cadres dans lesquelles s'insèrent l'action professionnelle et les relations aux usagers, et illustrent tant les conditions d'accès au droits que leur modalités d'expression. Ces législations se situent dans des définitions de politiques publiques contextualisées, reflet en un temps donné et un lieu déterminé des relations que la sphère publique entretient avec la sphère privée ou en d'autres termes, ce qui, dans le lien entre individus et collectivité relève de la responsabilité collective ou individuelle.

La nature des contraintes issues de l'univers de l'action sociale ou de soin se différencie dans le rapport que ces construits sociaux entretiennent avec la notion de nécessité. Pour illustrer mon propos, je choisis d'opérer une distinction entre deux formes de contraintes, la première intitulée « contraintes sociales » et la seconde « contraintes légales », bien qu'elles soient toutes deux des émanations des « contraintes sociales » définies précédemment. Hiérarchisées en fonction de la marge de manœuvre de l'utilisateur à accepter (voire définir, négocier) ou non l'aide, celle-ci étant également pour une part déterminée par la nature – nécessité vitale ou sociale – de l'intervention extérieure, les contraintes sociales ou légales se distinguent par deux niveaux.

Dans le premier niveau, la contrainte est relative, car elle résulte d'une demande adressée par une personne à une institution sociale. Cette demande l'engage dans une relation d'obligations définies par une autorité administrative et celle-ci peut comprendre un accompagnement social, alors même que ce besoin n'a pas à être exprimé. La loi cadre de l'aide sociale, la LASI², en est une illustration dans la mesure où l'aide financière est indissociable de l'accompagnement social et celui-ci prend dès lors un caractère contraignant. Mais la contrainte qui accompagne cette prestation est contournable du fait du choix relatif de l'utilisateur d'adresser une demande d'aide financière au service compétant ou de trouver une alternative de réponse à son besoin.

¹ Voir définition de la contrainte proposée sur www.wikipedia.org, site consulté le 9 juillet 2009.

² Loi sur l'aide sociale individuelle, entrée en vigueur le 19 juin 2007.

Derrière le terme d'accompagnement social se niche une grande variété d'actes, explicites ou implicites, faisant souvent l'objet d'un accord préétabli entre professionnel et usager. Touchant à la vie personnelle de la personne, à ses choix et désirs, qu'ils concernent la manière de gérer l'argent, la recherche d'un emploi ou un suivi médical, le caractère conditionnel de l'aide financière peut être l'objet d'une adhésion ou d'un refus. Mais au vu de l'enjeu qui a trait aux moyens de subsistance de la personne, on peut faire l'hypothèse d'un positionnement plus ambigu. L'adhésion peut être feinte, la personne n'étant peut-être pas en mesure d'exprimer ses réelles motivations par crainte des conséquences sur la prestation financière.

Dans le registre de lois – et cela ne concerne pas uniquement la LASI - ne contenant pas à proprement parler de clause de contrainte, mais plutôt une « obligation de collaborer » (citons encore la LACI et la LAI³), la notion de contrainte sociale paraît appropriée. Celle-ci a trait aux moyens dont se dote une collectivité, à travers la substance de ses lois, d'influencer les individus et de leur faire adopter, dans des situations qui permettent de les convaincre, un comportement jugé socialement adéquat.

Dans le deuxième niveau, l'injonction d'aide émane du dispositif juridique qui intervient dans le but de protection de la personne et/ou celle de la société dans le cadre d'un mandat civil ou pénal. La personne faisant l'objet d'un mandat n'a donc pas d'alternative, le mandat constituant une atteinte à sa liberté légitimée par des circonstances particulières et par la loi. Prenons pour illustration les mesures tutélaires dont la nature contraignante est progressive, allant d'une curatelle volontaire au placement à des fins d'assistance, chaque mesure permettant de répondre concrètement aux difficultés spécifiques d'une personne. Il peut s'agir de la gestion financière simple, évitant à la personne concernée de se retrouver sans logement pour défaut de paiement du loyer. La tutelle peut être indiquée lorsque la personne n'est pas toujours à même de veiller à ses intérêts personnels et s'engage par exemple juridiquement dans des contrats qui lui portent préjudice du moment où elle ne peut pas les honorer. Cette mesure permet également d'apporter à la personne une assistance personnelle dans des domaines où elle a besoin de soutien, comme le choix d'une activité, d'un lieu de vie ou pour trouver une stabilité favorisant sa qualité de vie. Et lorsque la personne vit à son domicile dans des conditions telles qu'elle se met en danger, il peut être question, lorsqu'elle s'y oppose, de faire recours à la justice tutélaire pour qu'un PLAFA⁴ soit prononcé. Le code civil retient plusieurs circonstances permettant le recours à de telles

³ Loi sur l'assurance chômage et l'insolvabilité, loi sur l'assurance invalidité.

⁴ Placement à des fins d'assistance, code civil chapitre VI, article 397.

mesures, notamment la « *maladie mentale* » ou l'« ivrognerie » associées à l'incapacité « *de gérer ses affaires* », au besoin de « *soins et secours permanents* » ou à la « *menace (...) de la sécurité d'autrui* ». ⁵

Dans le champ médical, la loi cantonale sur la santé vient également préciser l'usage de la contrainte, légitime lorsqu'elle est intimement liée à la notion d'urgence. Depuis le mouvement de désinstitutionalisation de la psychiatrie, les « *mesures de contrainte médicales* » s'appliquent pour une durée limitée dans le temps à brève, voir moyenne échéance. Elles sont synonymes de crise, de décompensation psychique ou encore d'« *urgence psychosociale* », situations dans lesquelles « *les troubles psychiques graves peuvent conduire à une perte de contrôle et à des comportements faisant courir un danger aigu à la personne concernée ou à des tiers* » ⁶ (Bulletin des médecins suisses, 2004, p. 2719). Plus précisément, c'est à l'hospitalisation non volontaire et à la chambre fermée qu'il est fait référence. Ces mesures qui restreignent la liberté de mouvement de la personne sont à distinguer de l'administration d'un traitement médicamenteux non consenti. En effet, dès lors qu'il y a atteinte à l'intégrité physique de la personne, le danger pour soi ou pour autrui doit être « imminent » pour que cette pratique soit légitime.

2.3 Contraintes formelles, informelles et identité

Quel que soit le rapport de l'intervention à la nécessité, avec toute les précautions qu'implique cette notion, elle peut être perçue comme étant illégitime ou vécue comme une agression par les personnes concernées. Du point de vue de sa subjectivité, elle serait victime du dispositif médico-socio-juridique, ce qu'elle serait objectivement si un faisceau de lois ne venaient encadrer ces pratiques, afin d'en limiter le plus possible le potentiel d'arbitraire. Mais restreindre ce risque ne signifie pas éviter toute emprise sur le devenir de la personne et si les deux formes de contraintes identifiées se distinguent notamment par la nature des restrictions qu'elles imposent aux personnes sur la question de leur liberté, on peut partir de l'idée qu'elles sont à l'origine d'une modalité de rencontre spécifique entre professionnel et usager. Ainsi, la distinction entre contraintes formelles et informelles peut permettre de situer un peu plus les enjeux qui sous-tendent cette relation.

⁵ Articles 369 et 370 du code civil suisse.

Pour G. Séraphin, les contraintes formelles et informelles formeraient *les deux types de contraintes qui peuvent s'exercer sur l'individu*. « Les contraintes formelles, identifiables, (...) se traduisent par des actes volontairement assumés comme tels par celui qui les initie (ex : un texte de loi, une règle administrative...) ; les contraintes « informelles », plus subtiles, (...) [agissent] en profondeur et (...) sont [le fruit] des situations de la vie quotidienne, des échanges d'impressions et d'informations (...) entre deux êtres. Dans cette relation sociale qui se déroule à côté de l'échange formel et officiel (ex : les paroles), s'échangent inconsciemment des informations sur l'identité, le positionnement, l'action, le rôle et les projets de chacun. ». Pourtant, cette distinction est artificielle, car « dans la pratique quotidienne, elles peuvent difficilement se distinguer, (...) elles agissent de concert, les unes renforçant les autres » (2001, p. 42).

Szasz, psychiatre, penseur libéral des années 70 et grand critique des pratiques de soins psychiatriques qui lui sont contemporains, opère de son côté une distinction entre contrainte physique et symbolique : « Les individus peuvent être contraints de deux manières différentes : physiquement, on les enferme dans les prisons des hôpitaux psychiatriques, (...) et symboliquement, on les réduit à des occupations, à des rôles sociaux déterminés. » (1973/1976, p. 255).

Tant Séraphin que Szasz semblent attirer l'attention sur les processus discriminatoires à l'œuvre dans les interactions et il paraît opportun d'en situer les contours à travers la relation qui lie un usager et un travailleur social. Celle-ci ne se limite pas à une rencontre à deux du fait qu'elle comprend toujours des tiers, que ce soit l'institution, la loi, l'entourage ou le contexte social. Intervient donc une entité de l'ordre du cadre et de l'altérité incarnés par le travailleur social et qui place celui-ci dans un rapport de pouvoir légitimé envers l'usager. Nous ne nous situons donc pas dans une relation égalitaire et librement choisie, mais au contraire asymétrique qui peut être vécue comme une contrainte et même objectivement en constituer une lorsque l'aide est une injonction émanant du dispositif administratif ou juridique. Ainsi, aux côtés des actes, du travail élaboré avec ou pour l'usager, se transmettraient inconsciemment ou implicitement des éléments relatifs à notre conception intériorisée de l'autre, cette dernière participant de l'image qu'il a de lui-même et partant, est constitutive de son identité. Le propos n'est pas de dénoncer les pratiques professionnelles en les taxant de discriminatoires, mais plutôt de laisser transparaître la nature contingente de la relation. Toujours insérée dans un contexte social spécifique, celle-ci semble évoluer au gré des transformations historiques qu'elles soient conceptuelles ou technologiques.

Conclusion

Ainsi, ce qui est perçu comme étant discriminatoire évolue également au gré des changements de regard porté sur les problématiques humaines, plus spécifiquement lorsque les comportements présentent un écart à la norme. C'est ce que tente de retracer à gros traits la partie suivante.

2.4 Perception des troubles psychiques et évolution des pratiques

Se distinguant de la pratique carcérale malgré la proximité des fous et des criminels placés parfois au sein des mêmes espaces⁷, soin, punition et coercition ont longtemps entretenu des liens ambigus dans la prise en charge des personnes souffrant des troubles psychiques.

La seconde moitié du XVII^e siècle inaugure la période du grand renfermement qui réunit « insensés », mendiants, vagabonds et invalides au sein des hôpitaux généraux à travers toute la France (Foucault, 1972). Ainsi est créée la pratique institutionnelle de l'internement qui « désigne un événement décisif : le moment où la folie est perçue sur l'horizon social de la pauvreté, de l'incapacité au travail, de l'impossibilité de s'intégrer au groupe (...) » (Foucault, p. 109). » Issues d'accords entre la royauté et la bourgeoisie, ces institutions n'ont pas vocation médicale, mais celle de faire régner l'ordre. C'est à travers cette expérience réunissant plusieurs catégories de personnes (« *le débauché, le dissipateur, l'homosexuel, le magicien, le suicidé, le libertin* ») au sein d'un groupe social – « les insensés » – que l'on exclut, que se construit progressivement l'objet de connaissance médicale que deviendra la psychiatrie. En d'autres termes et de manière caricaturale, ce que Foucault nous décrit dans une démonstration magistrale, c'est la parenté historique de la science positive de la psychopathologie avec la morale chrétienne et bourgeoise, permettant ainsi de mettre en perspective la construction sociale de la maladie mentale.

Un siècle plus tard, commencent à émerger des lieux spécifiques pour la « *folie* » qui deviendront progressivement les asiles du XIX^e siècle. Cette problématique acquiert ainsi un statut autonome par rapport à celle des « *insensés* » et les pratiques commencent à se spécialiser, permettant à la « *pensée médicale et [à] la pratique de l'internement, longtemps restées étrangères l'une à l'autre [de se rapprocher]* » (Foucault, p. 533). Parallèlement, alors que la pauvreté et la maladie quittent le domaine des préoccupations publiques pour devenir « *affaire privée* », relevant de la sphère familiale et individuelle, la folie, elle, reste du

⁷ Se référer par exemple à l'histoire de la prison de Saint-Antoine à Genève.

ressort de la responsabilité collective par le sentiment du devoir d'assistance qu'elle suscite, mais également par l'impératif d'assurer la sécurité publique. Ainsi, au sein des espaces d'internement se distinguent deux formes de pratiques prédominantes: celle du soin pour les personnes perçues comme étant « *curables* », et celle de l'exclusion pour les autres.

Dans le cas genevois, cette évolution prend corps à travers la création vers 1600 du petit hôpital, annexe de l'hôpital général, dévolu aux déviants de tout genre et dont le but est correctionnaire. En 1709, la Discipline accueillera vagabonds, ivrognes, prostituées, aliénés et autres « insensés » sans qu'aucune disposition légale ne vienne statuer sur la nécessité de l'internement. Ainsi, sur ordre du juge, du directeur de l'établissement, à la demande de la famille ou du « maître », la personne disparaît de la cité pour une durée indéterminée.

En 1760, une division spéciale est prévue pour les « aliénés », mais l'amélioration du quotidien des personnes est relative. Des traces témoignent pourtant des sentiments philanthropiques de l'époque. Ainsi dans le Rapport Doublet, deux médecins déclarent que « la contrainte, l'espèce d'incarcération et tous les moyens plus ou moins rigoureux qu'on est obligé d'employer pour contenir ou pour guérir les aliénés ne font qu'exaspérer leurs maux et les rendre souvent incurables là où les moyens de douceurs et des efforts pour gagner leur confiance aurait amené une guérison ou plus prompte ou plus sûre » (Brulhart, 2002, p. 103). Si ces propos semblent davantage refléter les intentions que les pratiques concrètes de l'époque qui, de manière caricaturale, confondent soin et coercition; ils préfigurent la lente évolution dans l'histoire de la psychiatrie des notions de droits des personnes, de protection des libertés personnelles, des techniques médicales et d'un nouvel arbitrage entre intérêt public et privé, éléments qui se traduiront par la transformation de la législation.

Avant la Révolution française naissent en France notamment des projets d'asiles « idéaux », dont l'idée émergente consiste à accorder une valeur thérapeutique à une liberté organisée au sein des espaces d'exclusion. A Genève, lorsqu'en 1832 les malades sont déplacés à Corsier, un médecin se réjouit de constater que seuls deux personnes sont « sous clé », les autres profitant du grand air (Brulhart, p. 107). Mais il faudra attendre 1838, avec le transfert des malades à l'asile des Vernets pour que la conception asilaire des soins psychiatriques prenne forme. Cette date correspond également à la première législation cantonale sur le placement et la surveillance des aliénés, basée sur une conception préconisant l'isolement de ces derniers.

L'espace asilaire des Vernets est organisé en fonction des pathologies répertoriées : « *La première division, la plus écartée, est destinée aux sujets furieux, agités, insociables, et pour*

quelques individus d'autres divisions, qui y sont placés momentanément en correction. Elle se compose de 9 cellules, soit 9 lits » (Brulhart, p. 117). La représentation dominante de l'origine des maladies mentales étant alors de l'ordre de la morale, classifiées selon les valeurs sociales contemporaines, les traitements consistaient essentiellement en une alternance de récompenses et de punitions, ces derniers comprenant le système de la douche ou du bain – pratiques n'ayant que peu de rapport avec l'hygiène corporelle – ou encore la camisole de force et l'isolement total, comme « *moyens de contraintes et [d']intimidation* ». Les témoignages semblent accorder à ces méthodes de l'efficacité pour inciter les personnes au travail, qui avait une place prépondérante dans la vie quotidienne des habitants de l'asile. Entre nécessité économique et thérapeutique, le travail des « aliénés » semble être motivé par une finalité ambiguë. Quoi qu'il en soit, les moyens thérapeutiques coercitifs semblent également pallier au faible nombre des infirmiers – leur rôle d'alors étant proche de celui de gardiens – et à la limitation des traitements médicamenteux, qui se résumaient en une variété de sédatifs.

C'est au tout début du XX^{ème} siècle qu'est inauguré l'asile de Bel-Air, espace dans lequel se développera la médicalisation de la maladie mentale, sans pour autant rompre avec la tradition de l'internement. Il faudra en effet attendre la fin de la deuxième guerre mondiale et l'horreur révélée par les camps de concentration pour qu'une remise en question fondamentale des pratiques permette leur évolution. Les progrès techniques aidant – citons en particulier la découverte des neuroleptiques –, le soin psychiatrique s'implante dès les années 50 progressivement en milieu urbain jusqu'à la configuration qui prévaut actuellement.

Si le recours à la contrainte est toujours possible aujourd'hui, elle est sujette à des conditions précises pour être licite. Les droits des patients, issus des nombreux débats suscités par les mouvements contestataires (antipsychiatrie) et construits en référence aux recommandations de l'OMS en matière de santé mentale, en limitent l'usage de manière précise. De plus, ils consacrent l'effort de distanciation prise par la psychiatrie avec les questions morales, mettant au centre des décisions d'intervention les notions de justice ou d'injustice eu regard du « *juste équilibre entre intérêts individuels et ceux de la société, entre la liberté et la sécurité* » (Grossen, 1974, cité par Dufrêne, cours HETS, 2007).

Conclusion

L'évolution des conceptions allant de pair avec celle des techniques, le versant contraignant de la psychiatrie s'est considérablement allégé, au profit de pratiques et d'idées valorisant l'aide. Quittons dès à présent le domaine relatif à la psychiatrie et élargissons l'exploration à la notion d'aide qui se rapporte à un champ de pratiques étendu.

2.5 Aide, accompagnement et complexité

Qu'est-ce que l'aide ? Peut-on aider quelqu'un contre son gré ? Est-ce que c'est faire pour ou avec les personnes ? Et d'ailleurs, pourquoi aide-t-on ? Les questions que soulèvent la pratique des métiers de l'aide sont nombreuses au point que les professionnels restent souvent prudents lorsqu'il s'agit de définir celle qu'ils proposent aux personnes. Quels que soient les antagonismes que révèlent les conceptions et les pratiques, c'est dans la notion de projet que s'incarnent et se formulent bien souvent l'orientation choisie par et/ou pour les personnes lors de la mise en application des mandats du travail social contemporain.

La notion d'« aide » est, dans le champ de l'intervention sociale, sujette à débats et cette dimension se révèle en particulier lorsqu'on la replace dans un contexte historique. On peut situer un premier courant, issu des théories psychanalytiques, qui postule la nature indispensable de la demande d'aide. En effet, sans cette demande, « il ne peut y avoir de coopération volontaire et la mesure imposée ne peut avoir l'aide pour résultat » (Bouquet, 2006, p.45). Les pratiques centrées sur les demandes émanant des usagers, sur le caractère volontaire du partenariat qui se construit, semblent souvent reposer sur ce présupposé. Le deuxième courant, lié aux travaux de « la sociologie de la dénonciation » (Habersetzer, 2006, p. 3), met à jour les mécanismes de contrôle social à l'œuvre au sein du travail social et fait « apparaître le langage de l'aide comme discours de l'illusion au service du discours institutionnel » (Bouquet, 2006, p. 45). Si ces critiques ont suscité de nombreuses controverses, il semble qu'une prise de conscience en ait résulté, favorisant les conceptions plaçant l'utilisateur au centre de l'intervention, en tant qu'acteur et non seulement en tant qu'objet de l'aide. C'est ainsi que de nouvelles approches apparentées à de l'accompagnement ont émergé.

Pour Simondy, la notion d'accompagnement comprend deux composantes : celle liée à un accord, « *aboutissement d'une négociation, d'un engagement réciproque* » et celle de suivi, qui aurait davantage trait à « la *commande institutionnelle* » et qui « *peut se limiter à des procédures* » (2006, pp. 13 – 17). Relevant donc la dualité caractérisant le terme, tout comme les pratiques, cette auteure citant Sibony, propose que celle-ci soit propice à l'élaboration d'un espace « dans un entre-deux non pas clivé, mais au contraire dynamique, dialectique », afin de permettre « un accompagnement en travail social qui, dans un cadre institutionnel, respecte la liberté du sujet » (p. 18).

Partant d'une exigence sociale de soutien aux plus fragiles, l'accompagnement peut être initié, dans le cadre des mesures tutélaires ou d'une hospitalisation non volontaire, par une in-

tervention imposée. Pour que celle-ci puisse répondre à l'impératif du respect de la subjectivité de la personne, la commande institutionnelle doit pouvoir se transformer en demande personnelle à travers l'élaboration commune. Les concepts de mandats contenu et de mandat contenant développés au sein du courant systémique permettent de traduire ces deux dimensions opérationnelles. Le mandat contenu symbolise l'idée d'une injonction (judiciaire, médicale ou administrative) qui se traduira par des attentes sur le plan des comportements de la personne et de ses conditions de vie. Le mandat contenant définit le processus relationnel découlant de l'énonciation du premier, processus dont la finalité n'est pas linéaire et ne se réduit pas à une prise en charge de type normatif (Hardy, Defays, Guerrekens, De Hesselle & Legrève, 1997).

L'idée de processus peut également être illustrée avec Fustier (2000) qui identifie « deux modalités de traitement des problèmes » : « le travail social purifié et le travail social non aseptisé ». Le travail social purifié comprend des *problèmes circonscrits et des solutions techniques*. Dans cette perspective, une personne qui n'est plus en mesure de vivre dans un logement individuel a besoin d'une place en foyer. Intégrer les dimensions psychologiques à l'intervention relèverait du travail social non aseptisé. Cela consiste à prendre par exemple en compte les divers étapes qui accompagnent ce changement de vie : deuil d'une certaine forme d'indépendance, choix d'un lieu en adéquation avec les besoins de la personne, prise de connaissance avec les spécificités du lieu, etc. Il est également question ici d'une différence en termes de temporalité : est-elle fonction des rythmes institutionnels ou des capacités d'intégration individuelles ?

Des réflexions de même nature semblent également avoir traversé les pratiques du soin, notamment entre la fin de la deuxième guerre mondiale et les années 80 par la recherche de définitions permettant de nommer la part invisible des principes d'action des professionnels (Molinier, 2009, p. 433). La question de l'attention à l'autre, à la personne soutenue, aidée ou soignée, a été accompagnée d'une transformation institutionnelle qui au niveau de la psychiatrie s'est traduite par la décentralisation et la différenciation des prestations et par leur insertion dans le contexte de la collectivité urbanisée un peu partout en occident.

Le développement de l'aide de proximité permet ainsi de concilier les pratiques avec l'environnement des personnes et les différentes ressources dont elles disposent. L'étape suivante nous amène à aborder l'*empowerment*, concept de pratique qui au niveau individuel vise à renforcer le pouvoir de la personne par son appropriation progressive, processus permettant à la personne d'être un « *partenaire actif et dynamique dans le processus de changement* » (Barreyre & Bouquet, 2006, p. 220). Mais, ainsi que le note l'article cité, il

n'est pas évident d'accroître le pouvoir des personnes qui sont hors d'atteinte, comme les personnes isolées ayant perdu tout contact avec autrui, en repli dans leur domicile lorsqu'il y en a encore un. Si plusieurs facteurs semblent favoriser ce repli sur soi, notamment les conséquences des troubles eux-mêmes – sentiments de persécution, détresse psychique, etc. – les réponses institutionnelles peuvent également porter préjudice à la confiance des personnes à leur égard, être parfois même vécues comme un traumatisme. Pour ces personnes désaffiliées, voir dans l'errance, adresser une demande et entrer dans une démarche volontaire peut se révéler hors de portée. Dès lors, une intervention contrainte qui dans un premier temps porte assistance peut se révéler inappropriée pour restaurer un lien social à moyen terme. Afin que la réponse sociale ne se limite pas uniquement à une succession d'actes contraignants, d'autres approches sont donc expérimentées.

Ainsi, la distinction proposée entre institutions ayant un mandat d'autorité (hospitalisation non volontaire, mesures tutélaires) et celles basées sur la libre adhésion peut être articulée à une troisième approche. Celle-ci se caractérise par une démarche proactive, allant au devant des personnes et dont la mission est de renouer un lien, aussi ténu soit-il, avec les services sociaux et de soins et de favoriser l'émergence d'une demande, d'un projet. Cette sollicitation de la personne, là où elle se trouve et là où elle en est, constitue peut-être le fondement de sa reconnaissance dans la sphère d'appartenance sociale.

Conclusion

S'agissant d'empowerment, de la capacité de la personne à choisir et à agir dans et sur sa situation, mais peut-être avant tout de la prise en compte de cette potentialité par les dispositifs d'interventions sociales, il semble utile d'approfondir la notion de pouvoir. De Gaulejac propose de distinguer deux de ses dimensions : la première délimite les comportements individuels par des normes, des lois « qui canalisent son devenir (...) [et contribuent] à produire un individu conforme aux normes de son milieu » et la deuxième comprend les « supports objectifs » ou en d'autres termes, « les ressources et capitaux économiques et culturels, de droits [dont doit] disposer l'individu pour être un individu autonome ». Mais, précise encore l'auteur, « ces supports objectifs doivent se combiner à des supports subjectifs : le désir d'autonomie, le développement des capacités d'agir, (...) l'implication dans le travail d'exister » (2009, pp. 118 – 119). Cette distinction entre normes et supports permet d'identifier les déterminants sur lesquels les professionnels peuvent agir dans la perspective d'une construction commune de l'intervention avec l'utilisateur. La partie suivante propose donc un aperçu des supports objectifs permettant notamment de soutenir et développer les supports subjectifs, dans le cadre de la santé mentale.

2.6 L'institution de soins : un réseau implanté dans la collectivité

En reconnaissance notamment des effets traumatisants de la contrainte lorsque « l'intervention est ressentie comme injustifiée ou humiliante, voire comme une rétorsion ou une atteinte délibérée » (Bulletin des médecins suisses, 2004, p. 2717) la pratique en santé mentale s'incarne à travers une diversité de structures réparties au sein de la communauté, la multiplicité des intervenants et l'articulation d'approches complémentaires. Si des lectures différenciées du dispositif institutionnel en réseau sont possibles, je chercherai à mettre l'éclairage sur deux aspects qui m'ont paru particulièrement significatifs lors de mon exploration participante. Le premier a trait à l'interdépendance des institutions et la nécessité des collaborations, le deuxième est relatif à un état d'esprit qui peut se traduire par le partage des savoirs et des expériences.

Reflétant cette organisation horizontale et dispersée de l'institution, le travail de réseau est constitutif du lien entre les différents partenaires en tant qu'il est un outil de coordination des interventions. Les liens développés entre institutions tendent à décroiser les modèles d'intervention, permettant de développer des stratégies professionnelles transversales en prise avec la complexité des problématiques. Etant de dimensions multiples et enchevêtrées, la collaboration interinstitutionnelle et pluridisciplinaire favorise les réponses adaptées lorsqu'elles placent la personne concernée et le réseau primaire au centre des questionnements et encouragent leur participation. Le réseau socio sanitaire peut alors être perçu comme un partage des responsabilités, de ressources et des fonctionnements, construit de manière à articuler la prise en charge thérapeutique afin qu'elle réponde aux différentes facettes des troubles psychiques et corresponde tant aux besoins, affinités et possibilités des personnes qu'à leurs progressions ou régressions, sans que ces derniers soient pour autant perçus comme des échecs. En d'autres termes et plus simplement, il ne semble pas possible d'agir en adéquation avec la complexité des problématiques lorsqu'on est seul.

Le travail en réseau semble également relever d'un état d'esprit qui se traduit notamment par le partage des compétences et des savoirs entre professionnels, mais aussi entre les différents acteurs, qu'il s'agisse des intervenants, usagers, familles ou encore des associations de défense des patients. Ces échanges – qui se concrétisent lors des hospitalisations même, par les entretiens de famille notamment – s'étendent à la question du traitement médical, de ses dosages et effets secondaires. Ils se poursuivent à l'occasion de rencontres organisées entre ces différents acteurs lors de soirées thématiques ou débats portant sur les

différents aspects de la santé mentale⁸. Outre les avantages que cette démarche présente au niveau de la prévention, elle instaure un climat de reconnaissance des interlocuteurs en tant qu'acteurs et contribue à transformer les rapports sociaux entre institutions, intervenants professionnels, représentants de la société civile, proches et usagers.

Conclusion

Ainsi, les pratiques décentralisées semblent être en adéquation avec la perception actuelle de la liberté individuelle, permettant au sein d'un espace décloisonné la coexistence de structures interdépendantes qui articulent la demande sociale – protection de l'individu et cohésion sociale – et le respect des subjectivités, en d'autres termes l'autodétermination de la personne. Mais la présentation du dispositif en réseau qui précède consiste en une proposition quelque peu idéale, orientée sur une interprétation humaniste des politiques publiques. Si l'approche institutionnelle en santé mentale consacre une approche transversale des problématiques en réponse à la recherche d'une qualité des soins, elle est également déterminée et contrariée par les logiques de financement des prestations, les impératifs de réduction des coûts et par conséquent par la rationalisation des pratiques – sujets que je n'aborderai pas ici. Ainsi, les institutions rencontrent des obstacles qui limitent l'expression concrète de leurs potentialités et sont aussi porteuses de contraintes formelles et informelles, voire d'effets pervers, sujets abordés dans le chapitre suivant.

2.7 Contraintes institutionnelles

Si la multiplicité des partenaires, fonctionnements et domaines couverts par les institutions socio sanitaires favorisent la prise en compte de la diversité des parcours, ouvrent des possibilités et permettent d'encourager leur *désir d'autonomie*, les personnes peuvent également percevoir le réseau comme étant une limite à leur marge d'action et être vécu comme une perte de contrôle sur leur vie. Ça et là, les propos des professionnels témoignent des résistances rencontrées à ce propos. Pour avoir un aperçu succinct de l'envers du décor du dispositif, on peut proposer le portrait suivant, inspiré de la typologie des contraintes proposée par G. Séraphin (2001) et adapté au contexte institutionnel genevois. Cette classification illustre les contraintes formelles rencontrées par les personnes souffrant de troubles psychiques, celles-ci étant doublées de contraintes informelles plus difficiles à identifier.

⁸ Ces débats sont évoqués en p. 5 lorsque je mentionne ma démarche d'exploration du réseau genevois.

« **La contrainte de dépossession** » recouvre la dépossession d'actes du quotidien (paiement des factures par ex.), du rapport à son corps pris en charge par le corps médical ou encore des projets de vie dans lesquels les professionnels s'insinuent. Qui fait quoi ? Qui décide de quoi ? Entre le professionnel et la personne, lequel des deux est porteur du projet ? C'est à travers ces questions que se mesure l'emprise de la personne sur le déroulement de l'accompagnement et peut-être aussi, par extension, sur son projet de vie. Une deuxième forme de dépossession apparaît à travers l'hospitalisation par le dévoilement de la vie privée de la personne, l'obligation de participer à des entretiens médico-sociaux, à des groupes thérapeutiques ou à d'autres activités de même nature.

« **La contrainte de dénomination** » : « Pupilles, patients, résidents » et d'autres termes encore⁹ désignent les personnes souffrant de troubles psychiques et définissant par là leur statut. Le diagnostic, même si son utilisation est entourée de précaution et l'accès à cette information un droit important, est également une manière de désigner une personne. Si le fait de nommer n'est pas neutre, la question principale concerne la marge de liberté de la personne face à cette dénomination dans son rapport à son identité propre.

« **La contrainte de la catégorisation formelle** » désigne le processus administratif par lequel des droits seront accordés ou non aux personnes, selon des critères formels. Etre par exemple reconnu par l'assurance invalidité octroie un statut administratif spécifique, accorde certains droits, donne accès à des prestations spécifiques, telles que les ateliers de travail protégés, l'accompagnement social spécialisé ou encore l'accès à des lieux de vie spécifiques. Cela ouvre les portes d'un univers auquel la personne peut souhaiter – ou non – s'identifier. A l'inverse, ne pas l'être implique des moyens d'existence plus limités et peut exposer à une plus grande précarité. La catégorisation implique de plus l'identification de la personne par des critères administratifs dont la logique n'est pas nécessairement articulée à la perception qu'elle a d'elle-même ou aux besoins qu'elle exprime.

« **La contrainte de fichage** » s'exprime à travers le dossier, pierre angulaire de la trousse à outils du professionnel. S'il permet de consigner des informations favorisant la construction d'une intervention cohérente, il réunit également des traces du parcours de vie personnel, autant de renseignements sujets à interprétation, orientant le regard que l'on porte sur la personne. Et la maîtrise de l'objet, malgré le droit de consultation, reste hors du pouvoir de contrôle de la personne.

⁹ Client ? Ce terme révèle d'autres débats qui traversent les conceptions professionnelles : la personne aidée est-elle usagère d'un service public qui par nature se rapporte au bien commun et à un projet de société ou est-elle simple consommatrice de prestations qui suivront les logiques économiques de l'offre et de la demande dans une société articulant les volontés individuelles ?

« Les contraintes liées aux règlements institutionnels » : le réseau socio sanitaire genevois est construit de manière à répondre à différentes formes de besoins que peuvent rencontrer les personnes. Qu'il s'agisse du travail en milieu protégé, de lieux de vie, d'accompagnement à domicile ou encore de loisirs, chaque prestation est accompagnée de conditions spécifiques. La participation à des activités de loisir peut impliquer la régularité, mais peut aussi être très flexible, découlant de la participation volontaire de la personne. Lorsqu'il s'agit de pouvoir travailler en milieu protégé, les règlements deviennent plus exigeants, associant la possibilité de bénéficier d'un emploi à un suivi médical, voir à la tenue de réunions regroupant des interlocuteurs du lieu de travail, des membres du réseau médical et la personne. Afin de bénéficier d'un lieu de vie, outre les réunions de réseau, certaines structures peuvent souhaiter que la personne soit sous mandat de tutelle.

Conclusion

Il est bien sûr entendu que ce portrait ne sous-entend pas la description uniformisée du vécu des personnes. En effet, les perceptions – toujours singulières et difficiles à déchiffrer –, se traduisent par une immense variété de postures qui peuvent en outre se chevaucher et être source d'ambivalence. Mais si l'aide apportée aux personnes se traduit par des réponses qui s'adaptent à leurs possibilités à travers une hiérarchie de réponses évoluant avec leurs besoins, leurs demandes, leurs désirs, celle-ci est également synonyme de contraintes variées, aux degrés divers, en réponse à la réalité des personnes, de leurs difficultés dans le quotidien, de leur besoin d'étayage et à la réalité des organisations institutionnelles qui doivent répondre de manière équitable, efficace et légitime.

Dans cette première partie, j'ai mis en évidence différentes dimensions liées à l'aide et à la contrainte et ce à travers une analyse théorique des conceptions et des pratiques. Mon enquête se poursuit par l'exploration des contextes d'intervention professionnels, à travers la présentation des professionnels interviewés et des services dans lesquels s'inscrivent leurs pratiques.

TROISIÈME PARTIE : CHAMPS PROFESSIONNELS, RÉSEAUX ET ACCÈS AUX RESSOURCES

3.1 Éclairages sur le terrain d'action d'un champ professionnel

L'objectif de ce chapitre est de présenter les pratiques situées dans leur contexte institutionnel, celles-ci étant désignées par trois formes dominantes de relations de service. La première se distingue par l'inscription des professionnels sociaux dans des équipes pluridisciplinaires à dominante médicale et c'est la raison pour laquelle je la qualifie d'« aide à orientation médico-sociale ». La deuxième est dénommée « aide à orientation socio-juridique » de part la proximité de ce modèle d'action sociale avec le champ juridique. Enfin, la troisième s'inscrivant dans la vie quotidienne des personnes que ce soit sous la forme de l'hébergement ou d'accompagnement à domicile est affiliée à une « aide à orientation socio-éducative¹⁰ ».

Les témoignages des professionnels interviewés¹¹ pourront être localisés en tant qu'ils constituent des points de vue orientés selon des perspectives différenciées et relatives aux mandats et cadres d'intervention propres à ces trois sphères d'action sociale. Les descriptions institutionnelles seront brèves et partielles, j'omettrai par exemple de nommer certaines structures ou ne préciserai pas les particularités liées aux statuts hiérarchiques et baserai essentiellement la description des pratiques sur les propos recueillis lors des interviews¹².

1) *Intervenantes du champ socio-médical :*

Au sein des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), le département de psychiatrie regroupe, comme son nom le laisse deviner, différents services orientés vers les soins psychiques¹³. Le Service de psychiatrie adulte (SPA), divisé en secteurs selon une logique principalement géographique, regroupe des unités intra hospitalières (hospitalisations) et extra hospitalières (suivi ambulatoire), l'idée étant d'assurer la continuité de la prise en charge. Au niveau intra hospitalier, les unités d'admission, nommées également de « court séjour », peuvent être distinguées de celles de « moyen séjour ». Ainsi, les premières accueillent

¹⁰ Le choix de cette appellation a été déterminé par la nature des institutions concernées, plutôt que sur la prestation spécifique des intervenantes. En effet, les deux organismes, le Centre espoir et le Service d'accompagnement à domicile, déploient leur intervention dans le cadre de la vie quotidienne des personnes.

¹¹ Au fur et à mesure que les personnes interviewées seront situées dans les structures auxquelles elles sont liées, je les nommerai en usant de prénoms fictifs et apposerai une numérotation entre parenthèses afin de permettre au lecteur de rattacher les propos cités ultérieurement aux contextes d'intervention. Le tableau récapitulatif cité à la page 40 permettra ensuite de situer plus aisément les extraits proposés.

¹² Ceci n'est pas exclusif : en effet, je m'appuie également sur mon expérience pratique, ainsi que sur les sources documentaires citées dans les notes en bas de page.

¹³ Pour une description détaillée de l'organisation des soins psychiatriques publiques, j'invite le lecteur à se référer au site web des HUG, très documenté : <http://psychiatrie.hug-ge.ch/>, dernière consultation le 4 septembre 2009.

(sous le mode de l'hospitalisation volontaire ou non) des personnes, dans une temporalité variant de quelques jours à quelques semaines. Suite à des interventions thérapeutiques intensives (on peut faire le parallèle avec les soins somatiques intensifs), les personnes retournent dans leur environnement habituel ou sont transférées dans une unité de moyen séjour lorsque l'état de santé ou les circonstances le requièrent. Les situations dans lesquelles l'hospitalisation est prolongée sont variées, mais se caractérisent souvent par la nature aiguë des difficultés, impliquant bien souvent des changements de vie plus ou moins conséquents pour les personnes, parmi lesquelles figurent les placements en foyer et les demandes de mesures tutélaires. Lors de sa sortie, le suivi médical de la personne peut être assuré par un médecin privé ou encore par une consultation ambulatoire (unité extra hospitalière). De manière générale, les structures publiques citées sont composées d'équipes pluridisciplinaires, incluant médecins, infirmiers, psychologues, assistants sociaux, ergothérapeutes et psychomotriciens, chacun étant impliqué selon son domaine de spécialisation et les besoins spécifiques des personnes.

J'ai interviewé quatre assistantes sociales du département de psychiatrie, l'une d'entre elles faisant partie du service de psychiatrie de liaison¹⁴ et les trois autres du SPA¹⁵.

- **Unité de soins d'admission et de court séjour**

Marie (1) est située dans une unité de « *court séjour* » et intervient auprès de personnes hospitalisées du fait qu'elles « *sont dans des situations de crise sur le plan de la santé psychique* », situations qui peuvent être assez « *explosives* » sur le plan social. Que ce soit pour des interventions ponctuelles et urgentes ou pour une évaluation, les domaines explorés recouvrent le logement (parfois menacé), les ressources financières, le statut (permis), l'insertion de la personne dans un réseau primaire et/ou secondaire et également ses compétences sociales. Considérant les limites temporelles de l'hospitalisation dans cette unité, les projets sont souvent initiés à ce stade, puis éventuellement poursuivis avec d'autres intervenants du champ socio sanitaire, que ceux-ci soient rattachés aux HUG ou non, ou encore par les personnes elles-mêmes.

- **Unité de soins intrahospitalière spécialisée**

Sophie (2) est l'AS d'une unité dont la spécialisation est double : elle porte sur les soins psychiques et somatiques pour des personnes qui présentent à un moment donné cette double problématique. A noter que les difficultés psychiques peuvent être la conséquence de diffi-

¹⁴ Sa mission consiste notamment à offrir des consultations psychiatriques dans les autres départements des HUG.

¹⁵ Pour simplifier la rédaction, les personnes sont par la suite situées indépendamment des services, suivant plutôt la logique de l'inscription de leur action dans une unité intra hospitalière (les deux premières) ou extra hospitalières (les deux suivantes).

cultés somatiques ou l'inverse¹⁶. A nouveau, l'AS intervient sur les situations sociales des personnes, soit que l'équipe médicale lui adresse une demande ou encore la famille, un service social extérieur ou la personne elle-même. Mais souvent, c'est l'AS qui, à l'occasion des réunions d'équipe, prend connaissance d'un besoin social particulier et peut rendre l'équipe attentive à cette dimension¹⁷. La durée d'hospitalisation est très variable, mais dépendra souvent de la problématique somatique. Il arrive également, même si c'est plutôt rare, qu'elle se prolonge afin de permettre à l'intervention sociale d'aboutir.

Du fait qu'elles interviennent dans le contexte d'une hospitalisation, la vie quotidienne de la personne étant interrompue et ce de manière plus ou moins abrupte, un des rôles essentiels joué par ces AS est celui d'interface entre le « dedans » et le « dehors », entre la dimension médicale des problématiques et leur dimension sociale, entre les projets du corps médical et ceux des services extérieurs qui reprendront l'accompagnement social à la sortie de la personne. Cette fonction de médiation qui favorise la continuité des projets et l'intégration des diverses facettes des problématiques est également présente chez les autres membres de l'équipe, mais a trait à une dimension spécifique du travail social lorsqu'il s'agit de permettre la continuité de l'insertion sociale de la personne.

- **Unité de soins ambulatoire**

Jeanne (3) est AS dans une consultation, elle s'inscrit donc dans un dispositif de soin ambulatoire. En dehors des activités usuelles des service sociaux (garantir l'accès des personnes à leurs droits, bilan sociaux, recherches de logements et de fonds, etc.), elle souligne trois spécificités de son action: accompagner les demandes adressées à l'assurance invalidité, collaborer avec le médecin dans l'évaluation de la capacité de travail de la personne et faire les recherches de travail dans les ateliers protégés. Si de même que les deux premières professionnelles elle doit agir au mieux dans un minimum de temps, l'AS souligne que ses prestations sont facturées et prises en charge pour l'essentiel par l'assurance maladie, ce qui porte à conséquence sur son champ d'action et peut le limiter. Ainsi, son travail répondra au principe de subsidiarité dans la mesure où l'AS effectuera les démarches que les autres services sociaux ne peuvent effectuer. Pour la plus grande proportion de personnes, l'intervention sera ponctuelle et le suivi intensif, jusqu'à ce que l'objectif arrive à son terme. Mais pour environ dix pour cent des personnes, l'accompagnement est au long cours à raison d'un rendez-vous mensuel pour un appui administratif.

¹⁶ Cette unité comprend également le « programme » mère - enfant, destiné aux femmes enceintes ou mères depuis peu et accompagnées de leur bébé, fragiles sur le plan psychique.

¹⁷ A noter que ce fonctionnement est propre à toutes les unités intra hospitalières.

- **Unité d'intervention mobile**

Si les mandats de ces trois premières assistantes sociales s'inscrivent dans la mission générale de soins et d'évaluation des équipes, elles interviennent au titre spécifique de professionnelles de l'action sociale. La position de la quatrième intervenante interviewée, Anne (4), assistante sociale au sein de l'équipe mobile¹⁸, est différente : dans cette unité les professionnels interviennent indépendamment de leurs professions initiales et assument les mêmes fonctions. Pour favoriser la prise en compte de la personne par une approche globale et dans les différentes dimensions qui caractérisent sa situation, l'équipe comprend des corps de métiers distincts, les uns transmettant leurs connaissances spécifiques aux autres, selon les besoins. La mission de cette unité est particulière dans la mesure où elle intervient au cœur de l'environnement quotidien de personnes pour lesquelles les dispositifs usuels de la psychiatrie ne sont pas adaptés. Les demandes d'accompagnements peuvent provenir des personnes elles-mêmes, des familles ou d'autres professionnels et les modalités des rencontres être fonction de la singularité de chaque situation. Allant d'une fois par semaine à trois fois par jour, selon les besoins, la logique du dispositif mis en place sera relatif aux différentes médiations à établir entre la personne et son environnement social et médical ou encore du degré de proximité que cette dernière est en mesure de supporter. Les objectifs de cette structure visent à amener les personnes souffrant de troubles psychiques en situation d'isolement ou de désinsertion vers un soin continu, ceci dans leur cadre de vie habituel, la dimension médicale s'articulant aux autres aspects de sa vie.

2) Intervenants du champ socio – juridique :

Les intervenants du Service des tutelles d'adultes (STA) dépendent directement de la justice tutélaire (sous l'égide du Département de la solidarité et de l'emploi) et interviennent sous mandat d'un juge qui statue sur les demandes provenant des personnes elles-mêmes, des familles, de services sociaux ou médicaux. Si les titulaires des mandats de protection sont les juristes du service, les AS assument leur exécution par délégation. L'étendue du pouvoir de l'AS sur les actes et décisions concernant la vie de la personne sera toujours fonction de la nature du mandat¹⁹. A l'échéance du délai de recours, lorsque l'AS reçoit l'ordonnance du Tribunal tutélaire auquel est souvent joint le procès-verbal de l'audition et un certificat médical, la personne concernée est invitée par courrier à un entretien, ce pour autant qu'elle soit en mesure de se déplacer. Cette première rencontre permet aux deux interlocuteurs de faire connaissance. L'AS pourra ainsi mieux connaître sa situation, recueillir informations et documents nécessaires, transmettre le fonctionnement général du service, tout en clarifiant la

¹⁸ Unité ambulatoire spécialisée intégrée au SPA.

¹⁹ Se référer au chapitre 3.2 pour des informations plus détaillées, voir même à la *Présentation du service et des mandats de protection*, document publié par le Département de la solidarité et de l'emploi à l'adresse en ligne suivante : <http://www.geneve.ch/sta/prestations.asp>. Dernière consultation le 19 juillet 2009.

nature du mandat, son étendue comme ses limites. Ensuite, une lettre de nomination sera envoyée aux tiers, afin de bloquer ses comptes bancaires et demander que tout courrier relatif à ses finances ou à son administration soit directement envoyé au STA.

Pauline (5) et Alexandre (6) soulignent la nature « souple » des mandats. Ils entendent par là que ces derniers pourront évoluer avec la personne, lorsqu'elle recouvre une plus grande marge d'autonomie ou au contraire, a besoin d'une mesure plus contraignante. Tous les deux ans, les AS transmettent un rapport au juge, soulignant les éléments qu'ils ont mis en place et l'évolution de la situation, ce qui implique un rôle d'expertise des intervenants vis-à-vis de la justice. Pauline évoque le grand pouvoir qui est entre ses mains, celui-ci se traduisant notamment par le fait qu'en neuf ans de pratique au sein du service, pas une seule fois le juge n'a pris une décision contraire à ses recommandations.

L'action des professionnels porte sur les questions juridiques (liées aux mesures elles-mêmes ou à d'autres procédures), les questions financières par l'établissement d'un budget, l'assainissement des dettes et l'accès aux prestations sociales, les questions administratives (courriers et assurances notamment) et sur ce qui est nommé « l'assistance personnelle ». Celle-ci consiste dans le rôle de coordination des différents intervenants présents auprès de la personne, dans la mise en place d'interventions extérieures adaptées et dans l'écoute et le soutien.

La fréquence des rencontres est variable, allant des personnes que les AS rencontrent rarement, voir jamais selon leur contexte de vie (foyer, EMS) aux personnes rencontrées toutes les semaines, ce qui semble plutôt rare. Alexandre indique : « *La fréquence va aussi dépendre de la personne et de ses besoins. Mais au vu du nombre de dossiers, de la masse de travail administratif et financier à traiter, c'est sûr qu'on va se limiter énormément. Vraiment beaucoup...* ». Ainsi, l'insertion de la personne dans la sphère sociale passe pour ce service par la protection de ses droits et la reconnaissance de ses difficultés de santé au niveau juridique – avec les limitations de liberté que cela implique –, le réseau venant articuler ses interventions autour et à partir de cette forme d'assistance.

3) Intervenantes du champ socio-éducatif :

Le Centre espoir et le Service d'accompagnement à domicile sont deux structures indépendantes l'une de l'autre qui s'adressent principalement aux personnes bénéficiant de l'AI et qui sont, par ailleurs, généralement sous mandat de tutelle, voire curatelle. En ce qui concerne l'accès à ces services, les demandes sont adressées à la Commission cantonale

d'indication, introduite par la loi sur l'intégration des personnes handicapées (LIPH, mai 2003).

- **Foyer d'hébergement**

Le Centre espoir, lieu d'hébergement pour personnes qui souffrent de troubles psychiques, est un établissement dépendant de l'Armée du salut. Hélène (7) qui a la référence d'un certain nombre de résidents assume la fonction d'assistante sociale et me fait visiter les lieux. Le bâtiment est grand et regroupe de nombreuses activités. Schématiquement, les étages supérieurs sont consacrés aux chambres individuelles (une centaine), les étages inférieurs aux « activités de vie », comprenant notamment ateliers de travail, espace de loisirs, cafétéria pour les repas et service lié aux questions relatives à la santé. Selon les termes d'Hélène, le « service social » a pour fonction d'offrir « *un accompagnement au sein de la maison, être proche, être présent, exposer les règles aussi* ». Son mandat est notamment défini par la philosophie de l'Armée de salut qui est formulée par cette organisation dans les termes suivants : « *Accompagner dans le sens de se joindre à, accompagner des personnes en souffrance dans leur chemin de vie, à leur rythme, en fonction de leurs ressources, dans une approche multidimensionnelle* ».

Plus concrètement, l'accompagnement des intervenants sociaux se matérialise sous la forme d'entretiens formels ou informels dont la fréquence varie : lorsque les personnes vivent là depuis peu, durant la période d'essai de huit semaines (prolongeable), les entretiens formels sont assez réguliers, ont lieu une fois par semaine, voire une fois toutes les deux semaines. Ils peuvent ensuite avoir lieu une fois par mois ou être plus rapprochés, en fonction des besoins de la personne. Ces rencontres ont pour objectif d'aborder avec la personne sa vie au sein de l'institution, d'être à l'écoute de ses demandes, de la soutenir et développer un projet, celui-ci faisant partie de la « démarche qualité », impliquant un « guide de bord » informatisé. Les « référents sociaux » n'interviennent pas (ou très peu) sur les questions administratives qui sont essentiellement assumées par le STA ou par des tuteurs privés. Les entretiens informels ont lieu aléatoirement, au gré des demandes et de la disponibilité des intervenants. A ces occasions, les personnes parlent d'elles-mêmes, de leur vie, de leurs familles ou peuvent aborder des éléments plus personnels, voir intimes.

- **Accompagnement à domicile**

Le Service d'accompagnement à domicile est un service proposé par les Etablissements publics pour l'intégration (EPI). S'adressant à des personnes qui vivent dans un logement indépendant, le mandat du lieu « est très individuel d'une personne à une autre. » Elodie (8), éducatrice spécialisée poursuit ainsi : « *On est censé aller chez les gens ou les voir de façon*

individuelle, les soutenir de façon assez globale dans leur vie. Pour qu'ils puissent continuer à vivre de façon indépendante, autonome ou un bout d'autonomie. » Lorsqu'une demande de suivi est adressée au lieu par le biais de la commission d'indication, un entretien d'accueil est organisé réunissant la personne, son entourage primaire ou éventuellement secondaire, la responsable et une éducatrice. *« On essaie de partir de la demande de la personne pour construire quelque chose. Et puis après, on fait un contrat, qui est en fait un contrat de confiance pour [clarifier] un peu ensemble de ce qui est décidé entre la personne et nous, mais qui est résiliable quand ils veulent (...). Et ils paient 100.- par mois pour avoir droit à notre soutien. »* Les demandes peuvent être très diversifiées : *« On peut aussi bien aider à aller chercher le courrier, parce que ça peut faire peur de descendre à la boîte aux lettres, chercher des nouvelles qu'on ne sait jamais si elles sont bonnes ou mauvaises, des choses toutes simples comme ça. Ou aider quelqu'un qui a des difficultés « Diogène » à essayer de ranger son appartement ou aider quelqu'un à prendre les TPG parce que ça lui fait peur. Ou avoir peut-être un regard plus global, soutenir les différentes interventions, la FSASD, l'assistante sociale (...). »* Généralement, les accompagnements ont lieu une fois par semaine, pendant une heure et demi, mais *« dans des moments difficiles (...) une aide particulière peut être mise en place (...). Si quelqu'un va très mal, on va passer. »*

Tableau récapitulatif des intervenants et des services d'appartenance

	Prénoms et fonctions	Ancrages institutionnels
1.	Marie, assistante sociale	HUG : Département de psychiatrie adulte, SPA, unité d'admission
2.	Sophie, assistante sociale	HUG : Département de psychiatrie adulte, SPLIC, unité spécialisée dans les soins somatiques et psychiques
3.	Jeanne, assistante sociale	HUG : Département de psychiatrie adulte, consultation ambulatoire
4.	Anne, assistante sociale	HUG : Département de psychiatrie adulte, équipe mobile
5. et 6.	Pauline et Alexandre, assistants sociaux	Service des tutelles d'adultes
7.	Hélène, assistante sociale	Centre espoir
8.	Elodie, éducatrice spécialisée	Service pour l'accompagnement à domicile

La souplesse évoquée par cette intervenante lorsqu'elle définit les objectifs d'accompagnement rappelle le modèle proposé par l'équipe mobile : les limites de l'intervention se construisent dans la mesure du possible en fonction de chaque situation. *« On essaie justement, mais il y des limites quand même, de faire que l'accompagnement soit assez individualisé pour que ce ne soit pas la personne qui entre dans notre cadre, mais nous qui essayons de mettre en place le cadre autour d'elle (8). » « Mais c'est vrai que ce ne sont pas des limites institutionnelles, ce sont des limites des possibilités personnelles et ça se négocie de personne à personne. (...) Effectivement, la particularité de ce travail là, c'est que tu fais équipe avec la personne concernée (4). »* Pourtant, du point de vue de la demande, leur position semble être à l'opposé. En effet, si l'Accompagnement à domicile est sollicité pour des actes précis, la personne acceptant au moins en partie ses difficultés de santé, l'intervention de l'Equipe mobile se justifie notamment par l'absence de demande de soins. Entre ces deux positions emblématiques se situent les travailleurs sociaux insérés dans un contexte souvent déterminé par des mesures de contraintes médicales et ceux dont la marge de manœuvre est en grande partie définie par les décisions de justice. Mais les contraintes légales qui participent de la définition de ces cadres d'intervention sont par leur nature même des mesures exceptionnelles. Ainsi, si la souplesse, le fait d'adapter les modalités des prises en charge en fonction de la personne, de son contexte de vie et de sa singularité apparaît peut-être de manière plus nuancée dans les décisions qui sont prises et les actes qui sont posés, elle est intégrée dans les conceptions que les professionnels ont de leur action, rejaillissant sur leurs pratiques.

Comparer les services, les seuils d'interventions, les formes d'accompagnements, ainsi que leur nature – volontaire ou non – amène à faire le constat d'une immense diversité, très partiellement représentée dans la description qui précède.

Les associations de soutien aux personnes et à leurs familles n'ont ainsi pas été explorées par le biais d'entretiens formalisés, elles offrent pourtant un espace de rencontre, d'échanges et de réflexions entre les différents acteurs qui participe pleinement de la qualité des interventions proposées par les professionnels de tous horizons et de la qualité des liens qui se construisent. Elles permettent également d'offrir un lieu d'écoute et de discussion sur les questions liées à l'aide et la contrainte, recueillir la perception des personnes et des familles sur cette question, ainsi que celle des professionnels. Une étude citée dans le cadre d'une revue médicale laisse présager d'une compréhension mutuelle positive entre les différents acteurs notamment sur les moyens d'intervention en situation de détresse. En effet, cette enquête réalisée « auprès de patients stabilisés, de proches et de soignants a montré la préférence pour une certaine coercition plutôt qu'un laisser-faire légaliste susceptible

d'être perçu comme de l'indifférence » (Khazaal, 2005, p. 517). N'ayant pas la possibilité d'illustrer ces relations par des extraits d'entretien, je souhaite par cette citation évoquer le climat des échanges qui semblent favorisés par la présence de ces associations et la constante mise en débat de questions touchant à l'autonomie des personnes.

Conclusion

Selon la définition proposée en ligne par Wikipédia²⁰, « un réseau est un ensemble de nœuds (ou pôles) reliés entre eux par des liens (canaux). (...) Un réseau peut induire une fonction que ses sous-parties ne possèdent pas, on la qualifie d'émergence. » Dans cette perspective, la protection serait l'émergence du réseau socio-sanitaire, celle-ci s'effectuant de manière plus ou moins imposée, impliquant des limitations de liberté ou leur sauvegarde. Le lien à l'aide sous mandat se révèle être de nature différente selon le positionnement institutionnel des professionnels; il est pourtant partagé par tous que ce soit directement ou indirectement. La nature directe ou indirecte du lien au dispositif de protection légale peut s'exprimer à travers la distinction entre la nature involontaire ou volontaire de la mise en place d'un suivi, ces deux approches complémentaires structurant les différents seuils d'intervention du réseau. Mais la frontière entre ces deux modalités de rencontre n'est pas si tranchée, car il semble toujours y avoir une mise en tension entre la commande sociale et le respect de la subjectivité de la personne. Les enjeux qui sous-tendent la dualité des accompagnements institués par des mesures médicales ou juridiques ne semblent donc pas épargner les structures basées sur la motivation de la personne du fait des collaborations étroites et de l'utilisation de ces dernières par les institutions de soins pour éviter le recours à la contrainte.

3.2 L'intervention professionnelle sous l'éclairage de la définition des troubles psychiques

L'intégration d'une définition pluridimensionnelle des troubles psychiques, qui se traduit par les collaborations effectives des différents corps professionnels, implique de concilier la dimension biologique (traitement médical), psychologique (reconnaissance de la personne en tant qu'individu ayant ses aspirations propres) et sociales (compétences relationnelles, insertion, accès aux droits). Ces trois dimensions étant insérées dans un environnement relationnel et culturel comprenant l'inscription de la personne dans un contexte situé géographiquement et historiquement.

²⁰ Site consulté le 24 juillet 2009.

Du point de vue des intervenants médico-sociaux qui, du fait de leur immersion dans un contexte médical évoquent davantage ces questions, cette dynamique se traduit notamment dans les propos suivants : « (...) *Le soin n'a pas une face unique, il est un élément parmi les autres, c'est la place de tous ces autres qui est importante aussi, du comment ça s'articule ensemble* (4). » On comprendra en considérant l'ensemble de l'entretien que ces « autres » ont notamment trait à la médiation sur les codes relationnels, à l'intervention sur les conditions de vie, à la reconnaissance de la singularité de la personne et de son besoin d'être inscrit dans l'environnement social en tant qu'être agissant. Si l'intervenante désigne l'enchevêtrement des problématiques, son point de vue semble orienté par sa mission qui consiste précisément à agir sur les différents aspects des difficultés rencontrées par les personnes, indépendamment de sa fonction initiale.

D'autres témoignages indiquent que la dimension opérationnelle du social peut être soumise au rétablissement d'un certain équilibre psychique par le biais du traitement médical. « *Mais le travail social, ça vient quand même au deuxième plan ici. C'est vrai que parfois, les médecins nous amènent un patient, qui dit « Mais de toute façon, c'est le problème social qui est au premier plan », mais on se rend compte que tant qu'il n'accepte pas un traitement, (...) nous on ne peut rien faire au niveau social. Donc ça c'est des choses qu'il faut réguler avec certains patients, c'est pas aussi facile que ça. On ne peut donc pas entrer dans le problème social, tant qu'ils ne sont pas un minimum réceptifs (...) et puis prêts à nous écouter* (3). »

La question de la disponibilité de la personne transparaît également en milieu intra hospitalier, lorsque l'assistante sociale doit respecter les contraintes médico-légales (« chambre fermée » par exemple) : « *Je dois respecter ces contraintes (...) qui signifient que les patients ne sont pas forcément accessibles pour aborder des problèmes [sociaux] pour lesquels je devrais intervenir, parce qu'ils sont confus, parce qu'ils sont [très agités] ou pas bien (...). Pour ces patients là, je dois faire attention de suivre leur évolution au jour le jour* (1). »

Il y a donc une prise en compte des différentes dimensions, mais selon une temporalité différenciée. Les interventions semblent s'articuler en fonction de la possibilité ou non d'entrer en relation avec la personne et ce dans la perspective de permettre l'amorce d'un échange sur l'orientation de l'accompagnement.

Pour les services extérieurs au domaine médical, l'intégration de la conception pluridimensionnelle des troubles psychiques se matérialise à travers la proximité des liens entretenus avec ce dernier. Pour le Centre espoir, le suivi médical est une condition à l'accueil de la personne pour un hébergement. Pour l'Accompagnement à domicile, l'intervenante présente

le positionnement institutionnel de la manière suivante : « *En général, on désire que les personnes soient suivies sur le plan psychique. (...) C'est pas une vraie condition, mais si on a l'impression qu'on ne peut pas travailler comme il faut, qu'on ne peut pas, nous, s'engager, parce qu'il y a pas un petit bout de construit avec des médecins, on incitera la personne à le faire ou on expliquera à la personne pourquoi nous on en peut pas travailler avec la personne si elle est pas soutenue comme ça.* »

Les liens entre les dimensions médicales et sociales des problématiques illustrent la distance prise par le domaine social avec l'idée selon laquelle un « environnement suffisamment bon²¹ » suffit à répondre de manière adéquate aux difficultés rencontrées par les personnes, positionnement du mouvement antipsychiatrique que je caricature grossièrement. L'exigence d'une prise en charge médicale qui conditionne l'accès à certaines prestations constitue une contrainte institutionnelle qui semble motivée par la perspective d'un accompagnement, d'un cheminement commun en vue de favoriser la qualité de vie de la personne.

Mais les conditions permettant à la personne d'accepter l'aide et ses conditions semblent également être liées à des processus complexes. Ainsi, le refus de l'aide, la non reconnaissance du besoin de soutien ou la difficulté d'entrer en relation avec une personne semblent renvoyer à plusieurs formes de problématiques dont il n'est pas évident de définir les contours. Dans les témoignages recueillis, les intervenants font souvent référence à la rupture du traitement médical et à l'importance des symptômes qui rendent la relation difficile, parfois même toute négociation impossible. La personne n'est alors pas accessible à un échange structuré autour d'une aide psychosociale, alors que c'est une condition incontournable à l'action qui pourra être développée avec et pour elle. La question du déni de la maladie, des va-et-vient entre déni et acceptation sont également évoqués et mis en lien avec la question des interruptions du traitement médical. Les dimensions biochimiques des troubles apparaissent dès lors intégrées à la question de l'accès à une demande, la méfiance comptant parmi les symptômes d'une maladie. Si cette dimension semble incontournable, les sociologues nous proposent une deuxième lecture de cette problématique qui, sans s'opposer, alimenterait une relation dynamique avec la première et la renforcerait. Le refus de l'aide institutionnelle pourrait ainsi traduire « une position psychique singulière (...) reliée à des vécus de disqualification ou de honte témoignant d'une désaffiliation sociale, c'est-à-dire d'un processus de rupture de sens dans la représentation des structures » (Martin, 2000, p.4).

²¹ Cette expression illustre le rôle joué par l'environnement relationnel et social dans la construction de l'identité de la personne.

Revisitons au travers de cette proposition les éclairages de De Gaulejac sur les processus de désaffiliation liés à la honte, processus que l'on retrouve aussi chez Séraphin lorsqu'il effleure les effets conjoints des contraintes formelles et informelles. Il y est question des humiliations ressenties et de la dimension symbolique de la violence lorsque la personne se voit assignée à un rôle ou à une place et qu'elle ne perçoit pas d'issue. « La société [serait alors] vécue comme globalement hostile. Il en résulte une altération du sens de l'aide proposée qui devient humiliante et source de persécution » (Martin, p.4). Si on suit cette idée, les différentes formes de contraintes institutionnelles citées en fin de deuxième partie pourraient être perçues par les personnes en souffrance dans leur versant normalisateur et dans la négation des possibilités qui en découlent parallèlement.

On peut dès lors se demander si certains symptômes ou manifestations comportementales ne pourraient pas aussi être l'expression de ces processus, de la honte éprouvée par les personnes face aux nombreux échecs et au pouvoir d'autrui sur leur propre vie. Dans une vision intégrée des troubles psychiques, les symptômes que nous percevons sont l'expression d'interactions entre les processus biochimiques, psychologiques et sociaux ; les sentiments de honte et la rupture de sens pourraient dans cette perspective amplifier les comportements de méfiance et de rejet favorisés par les composantes biochimiques des troubles. En d'autres termes, la précarité sociale redoublerait la précarité psychique (Rhizome, 2000, p. 5). Si la complexité de ces interactions ne permet pas la formulation de solutions simples, nommer ces processus et ne pas faire l'impasse sur les dimensions sociales des affects et symptômes permet peut-être de dégager de nouvelles pistes d'intervention.

Conclusion

Un *environnement suffisamment bon* semble impliquer l'association des trajectoires de soins et des trajectoires sociales. Il consiste notamment dans l'offre de ressources et d'alternatives, ces dernières permettant de construire avec la personne des projets en lien avec ses intérêts et son parcours de vie. Ses perspectives, plus nombreuses et orientées en termes de stratégies pour développer son estime d'elle-même et une plus grande emprise sur sa vie, pourront dès lors s'articuler à l'intégration des effets de la maladie et des normes sociales. Les conceptions opérationnelles du soin et d'accompagnement social semblent mettre en jeu le déplacement des contraintes synonymes d'obstacles, d'entraves au lien de confiance vers des contraintes adaptables et contournables, ce dans le but de « faire apparaître les possibilités d'action et de choix » (Rhizome, 2000, p. 5).

3.3 Accès aux prestations sociales et accompagnement : entre commande institutionnelle et engagement réciproque

Ce chapitre aborde l'accès aux prestations sous l'angle de la rencontre de la personne avec un service, mettant plutôt l'accent sur la nature volontaire ou non de celle-ci, plutôt que sur les aspects liés aux procédures (commission d'indication par exemple) ou conditions d'accès formelles (être bénéficiaire de l'AI). Il ne s'agit pas d'un tableau exhaustif, chaque intervenant partant de la perspective de l'institution dans laquelle il est inséré offre un aperçu différencié de la rencontre, celle-ci étant plus ou moins déterminée par un tiers.

La présence très régulière des AS dans les unités de soins intra hospitalières favorise la prise de contact directe entre ces dernières et les personnes hospitalisées. *« Alors très souvent, les patients veulent me voir tout de suite quand ils arrivent, alors je les vois et je leur explique que c'est trop tôt maintenant de parler des problèmes. Quand ça peut attendre, parce que des fois ça ne peut pas attendre, un logement qui est en péril ou des choses comme ça (1). »* Les personnes identifient l'AS, elles attendent parfois qu'elle ait terminé le colloque matinal devant la salle de réunion et demandent à la rencontrer. Mais ce peut être également le médecin ou un infirmier qui ont orienté une personne vers elle, voire l'AS qui à l'écoute des situations au quotidien (nouvelles admissions, évolution des situations) a l'initiative d'une intervention sociale. Les demandes sont variées. Il peut s'agir d'argent de poche, d'une visite au domicile pour relever le courrier ou prendre des affaires, de faire des démarches administratives à l'extérieur, etc.

Pour Sophie, le déroulement est comparable, l'accompagnement n'est pas forcément initié à la demande d'un médecin : *« Je suis assez libre. (...) Quand il n'y a pas vraiment une demande médicale, j'interviens soit à la demande de la personne, soit je commence. Et mon expérience me montre que c'est plutôt moi qui, à un moment donné, rend l'équipe attentive à un problème social (2). »*

Les AS d'une unité de soins intra hospitalière ont un rôle spécifique par rapport à l'accès des personnes à des prestations sociales, dans le sens où c'est souvent leur écoute orientée vers les questions psychosociales qui va permettre de mettre au jour un besoin. Entre les demandes des personnes elles-mêmes, celle du reste de l'équipe et le regard de l'AS porté sur la situation sociale, cette dimension des difficultés rencontrées par les personnes est rendue visible et est prise en compte. Sophie résume de la manière suivante l'impression générale qui se dégage de l'ensemble de ces deux entretiens par rapport à la présence de l'AS dans une unité de soin intra hospitalière : *« J'ai l'expérience que les AS sont souvent le*

bon objet. On ne porte pas de blouse blanche, on est rapidement disponible, on peut plus facilement être dérangé que les médecins qui sont toujours occupés ou en train de courir, comme les infirmiers. Alors, on nous aime pas mal. Ensuite, il y a souvent dans un premier temps la question de l'argent [de poche], des cigarettes ou les petits problèmes comme « Où sont mes affaires, qu'est-ce qui s'est passé avec ma clé, est-ce que je suis pas venue avec un sac à mains avec un portable dedans ? » Ça ce sont presque toujours les premières questions... » Dans un contexte où la nécessité médicale peut impliquer une intervention contre le gré de la personne, les AS semblent représenter sur les plans symboliques et concrets la continuité de l'insertion sociale de la personne, induisant peut-être la « bonne » image qu'elles véhiculent. Elles matérialisent ainsi peut-être aux yeux de la personne que sa vie hors de l'hôpital se poursuit, rendant le maintien du lien avec cette vie quotidienne momentanément interrompue nécessaire, que cela soit sous forme d'habitudes de vie, d'actes administratifs ou de projets à établir pour la sortie. On peut dès lors formuler l'hypothèse suivante : la présence même des AS dans une unité de soins – contexte dans lequel la prise en charge peut être imposée – est un élément facilitant la mise en place d'un processus qui intègre la posture singulière de la personne aidée dans la mesure où ses demandes concrètes trouvent un écho rapide et direct. Et ce n'est peut-être pas tant les réponses apportées en tant que telles qui importent, mais plutôt l'espace accordé par l'institution et ce, à travers la présence d'interlocuteurs sociaux, pour la demande quelle qu'elle soit, celle-ci offrant un accès à la subjectivité. Marie m'indique que son rôle consiste également à confronter la personne « à la réalité », ce qui signifie la mettre en lien avec les aspects concrets de sa situation, les conséquences tangibles de certains choix par exemple. Les demandes concrètes et l'attention qu'on leur accorde semblent être indissociables de ce processus. Elles permettent ainsi d'établir les premiers jalons d'une dynamique intégrant les personnes accompagnées en tant qu'elles sont actrices de l'aide proposée et ce dans le contexte de mandats institutionnels préétablis et sujets d'injonctions sociales et médicales.

Si la prestation de l'AS semble donc souvent bien accueillie, celle-ci ne pourra se limiter aux réponses à apporter aux demandes des personnes et impliquera l'intégration du projet thérapeutique de l'équipe dans le suivi. Comment demandes des personnes et missions institutionnelles s'articulent-elles et ce, plus particulièrement lorsque patients et professionnels ne parviennent pas à définir une vision commune des priorités ? L'exemple de la consultation (3) nous offre une représentation du déroulement d'un accompagnement lorsque l'écart entre ces deux composantes implique tactiques, réaménagements ou réorientations.

Dans ce contexte professionnel, l'accès aux prestations sociales dépend d'un suivi du médecin. Ainsi, c'est ce dernier qui peut orienter la personne vers l'AS, voire un infirmier ou une

psychologue, la condition étant qu'il y ait toujours une prise en charge médicale. *« Ce qui parfois exclut un suivi social qui serait demandé par le patient qui ne veut plus voir le médecin ici. Donc là, on ne peut plus intervenir »*, et implique l'orientation de la personne vers un service social extérieur. Si les personnes n'ont parfois pas de demande, le mal-être ou l'isolement perçu par les professionnels va entraîner leurs propositions. Ainsi, lorsque le médecin aura par exemple défini le besoin d'une activité, le processus d'accompagnement de la personne s'initiera autour d'une proposition de l'AS, par rapport à ce qu'elle aura perçu comme intérêt chez la personne et se fera par tâtonnements, de manière progressive. *« Quand on demandait au patient, il ne savait pas, il ne veut pas, il ne comprend pas. Et puis on l'accompagne, on va voir et puis il a trouvé l'informatique qui lui plaisait. (...) Et maintenant, il croche là-dessus. »* Pour d'autres, les demandes sont trop tardives : *« J'ai pas payé mon loyer depuis quatre mois, j'ai reçu mon congé. Est-ce que vous pouvez faire quelque chose ? »* Enfin, il y a aussi des personnes qui ne viennent pas aux rendez-vous : *« Alors ce qu'on fait dans ce cas là, on essaie de coller [notre rendez-vous] aux rendez-vous médicaux, comme ça, ils ne peuvent pas nous éviter. Et puis s'il y a vraiment du travail social à faire, on va faire comme ça plusieurs fois. Et en général, si la personne accroche, après elle viendra nous voir. On a réussi à créer un lien et après c'est bon. Ou alors, il n'y avait pas vraiment de problème social, finalement le patient voyait pas pourquoi il devait nous voir et puis le médecin a laissé tomber en disant : « En fait, c'est peut-être pas le moment pour lui, c'est peut-être pas si important. » Donc voilà, on ne force pas les gens. »* Si ces propos dévoilent l'absence de contraintes formelles, elles mettent en lumière les stratégies professionnelles pour établir un lien lorsque des besoins ont été identifiés par les professionnels en l'absence de l'expression d'une demande par la personne concernée. C'est ainsi la responsabilité collective qui apparaît en creux de ce témoignage, le maintien du lien social reposant sur l'intervention et l'initiative de tiers, ce dans les limites exprimées par les personnes elles-mêmes. Ainsi, malgré les besoins identifiés, une conception de l'usager *acteur* de l'intervention implique que l'on prenne en compte la capacité et la volonté de ce dernier à se confronter à ses difficultés sociales, d'autres intervenants étant légitimés à intervenir lorsque le critère de nécessité et d'urgences sont déterminants.

La question de l'accès est centrale au sein de l'équipe mobile (4). *« L'idée, c'est qu'une personne, de part une pathologie grave, n'a pas les moyens de pouvoir accéder seule aux soins »*. Ainsi, les demandes de suivi ne proviennent pas des personnes elles-mêmes, du moins au début. Elles proviennent d'autres services de santé ou du social, voir de l'entourage primaire des personnes. *« Notre intervention est proactive. »* En ce qui concerne l'aspect social des problématiques, la visibilité et l'accès est favorisé par le caractère interdisciplinaire du fonctionnement d'équipe. *« Parce que moi, il y a des choses que j'ai besoin*

qu'on m'explique plus dans le détail, (...) notamment tout ce qui est médication. Et puis les autres ne savent pas forcément sur le bout des doigts les différentes spécificités de nos activités [sociales], ni des procédures, ni des lois. Donc on se sert de ressources les uns aux autres ».

Du côté du STA, cela a déjà été mentionné, l'accès est défini par la justice tutélaire. Si une mesure peut être demandée par la personne, ce qui est par définition le cas pour la curatelle volontaire, les autres mesures peuvent découler d'un signalement du corps médico-social, de services sociaux ou des familles. Cependant, si sur le plan formel une curatelle volontaire doit être demandée par la personne, cette demande peut avoir été influencée par un tiers. *« Avec une curatelle volontaire, (...) on est moins dans la contrainte judiciaire. (...) Alors, ça peut être l'entourage qui requiert une curatelle pour aider. Là, je le sens assez rapidement. On le sent dès le premier entretien. Et c'est vrai que je pose la question, qu'est-ce que vous attendez de moi, du service ? »* Sur la tutelle, l'intervenante s'exprime de la manière suivante : *« On peut toujours s'abriter derrière le juge en disant : « Vous devez, parce que le juge a dit que... » Bon, c'est un moyen de travail, mais il faut essayer, malgré le mandat [et] ce n'est pas acquis d'avance, de travailler vraiment avec la personne. Et ça, au travers d'entretiens qu'on peut avoir, même s'ils ne sont pas fréquents. Mais il me semble qu'on peut [arriver] à ce que la personne nous explique ses vrais besoins. Bon, quand ils ne sont que pécuniaires, c'est vrai qu'on n'a pas trop de réponses à donner. (6) »* A travers ces paroles, l'intervenante laisse entendre qu'une attitude autoritaire ne permet pas de travailler « vraiment avec » la personne. Cela peut sous-entendre que si la construction commune est possible, celle-ci sera favorisée lorsque l'expression des besoins par la personne est valorisée, ce qu'elle préfère privilégier malgré la relative marge de manœuvre dont elle dispose. Elle met ainsi en évidence une posture professionnelle à « orientation émancipatrice ».

En ce qui concerne les « accompagnements au quotidien », l'accès est défini par le consentement de la personne et par l'adéquation entre ses besoins et ce qui peut lui être offert dans le lieu. Il est donc de nature contractuelle.

« (...) Je pense que les personnes qui ne veulent pas venir au centre, elles ne viennent pas. Le centre évite. Elles ont une visite d'abord, une visite avec la personne qui les suit à l'extérieur, ensuite une visite de pré-admission (...) et une visite d'admission. (...) Et puis on se rend compte très vite si la personne elle n'a pas envie de rentrer ». Si le caractère formel du consentement est indispensable, l'accord explicite ou l'envie exprimée peuvent aussi révéler des ambivalences, de la souffrance face au changement de vie, voir une difficulté à ac-

cepter un accompagnement. *« On va faire un travail autour de ce manque de compliance²², autour de cette non volonté d'être accompagné, on va faire un travail pour entrer en matière, pour pouvoir aller plus loin avec elle (7). »*

L'accompagnement à domicile se met en place autour d'une demande de la personne qui est, et je l'ai déjà mentionné, souvent précise. *« « Moi, je veux qu'on m'apprenne à prendre les TPG²³(...) » et puis derrière, il y a souvent d'autres demandes. Mais il y a une porte d'entrée, on peut entrer en contact avec l'autre. (...) Et puis après, construire avec lui, même si très souvent, (...) il y a un soutien global qui est demandé derrière. On ne va pas dire : « J'ai besoin d'être soutenu ». On va dire : « J'ai besoin d'aide pour... [chercher mon courrier] » ou quoi que ce soit d'autre ».* Une demande concrète explicite peut donc être l'expression d'une demande relationnelle implicite, plus difficile à exprimer verbalement. L'accord se définira à partir de l'explicite tout en portant également sur la composante tacite. Mais la demande peut aussi parfois provenir d'un tiers. *« Le réseau. Je ne pense pas que c'était pénal, mais le réseau ayant dit, parce que c'était une personne qui se mettait en danger : « Vous voulez rester à domicile ? OK, mais vous acceptez certaines conditions, parce qu'on ne vous sent pas assez en sécurité pour que vous puissiez rester seule chez vous. (8) »* Cette injonction forme une restriction informelle à la liberté de la personne et a pour objectif que la personne ne soit pas seule face aux attentes du corps médico-social liées à sa sécurité. Dès lors, le service d'accompagnement est intégré au processus lui permettant de rester vivre à son domicile. Elle peut bien sûr s'opposer à cette exigence, mais les conséquences de ce refus porteront probablement sur le déplacement de la responsabilité du privé vers le collectif (PLAFA) et de la contrainte sociale vers la contrainte légale. Cette condition devient donc un enjeu qui pourrait être source de créativité dès lors que la personne cherche à se réapproprier ces attentes par le biais de la relation qu'elle développera avec l'intervenante et à travers les demandes qu'elle lui adressera.

Si la question de la demande est donc parfois claire, la personne ayant défini ou reconnu un besoin, elle peut également être de nature plus ambivalente, voire provenir exclusivement d'un tiers, la personne n'étant parfois pas en mesure d'en formuler une, ou même en opposition avec l'intervention extérieure. Mais si la nature de l'admission en hôpital, du suivi en ambulatoire, du mandat tutélaire ou du caractère contractuel des prestations socio-éducatives peuvent donner une idée générale sur la part d'initiative propre aux personnes

²² Ce terme est souvent employé en psychiatrie et est un anglicisme. Une définition trouvée en ligne nous indique: « Acceptation d'un patient à suivre un traitement qui lui est proposé et aptitude à le suivre régulièrement. Il est conseillé au niveau sémantique d'éviter ce mot et de choisir plutôt de parler d'adhésion au traitement. » Définition issue du « Dictionnaire infirmier en psychiatrie » (Ivanov-Mazzucconi, Leyreloup, Cottureau et Dignonnet, s. d.) présenté sur <http://books.google.ch>, consulté le 20 juillet 2009.

²³ Transports publics genevois.

lorsqu'un accompagnement est mis en place, cela ne permet en rien de présager de l'évolution de leur regard sur celui-ci, ni de la collaboration qui pourra s'établir. Les intervenants mettent en place des stratégies dans le but de créer un lien, sont à l'écoute des toutes petites demandes concrètes afin d'avoir accès aux personnes pour leur permettre progressivement dans des contextes qui s'imposent parfois à elles d'exprimer leurs besoins. Ceux-ci ne seront jamais entièrement explicités et pourront aussi faire l'objet d'accords implicites.

Conclusion

Les extraits de témoignages semblent indiquer la recherche de ces accords – en partie visibles et en partie voilées –, et les signes de reconnaissance d'un engagement de la personne avec les moyens d'expression qui lui sont propres. Mais l'absence de demande et la souffrance pourtant manifeste peuvent impliquer que l'intervenant et son équipe construisent un projet pour et non avec la personne. Il pourra ensuite être adapté, par tâtonnements, permettant à la personne de se le réapproprier. Ceci s'applique également aux structures basées sur le caractère volontaire des demandes dans la mesure où le mandat général de soin, d'accompagnement de personnes en souffrance psychique semble impliquer une souplesse par rapport à cette notion du fait des ambivalences, de besoins dont la reconnaissance par la personne peut nécessiter du temps et une élaboration avec l'entourage et aussi impliquer un processus de deuil de certains désirs ou projets.

3.4 Le travail en réseau : potentialités et obstacles

Dans les premiers chapitres de cette troisième partie, nous avons tout d'abord exploré les différents champs professionnels, ce qui nous a permis d'entrevoir différentes étapes qui jalonnent le parcours des personnes. Ainsi, l'hospitalisation, le suivi ambulatoire, la protection tutélaire et les services liés à la vie quotidienne peuvent s'inscrire de manière ponctuelle, à moyen, voire long terme, selon la fonction de l'offre d'aide ou de soins et selon l'étape dans laquelle se situe la personne à laquelle elle s'adresse. Le travail de réseau est ensuite apparu comme une nécessité induite par la présence de problématiques sociales juxtaposées aux problématiques médicales et ce dans la perspective d'un suivi qui intègre ces différentes dimensions. De ce fait, les intervenants sociaux n'ont pas toutes les cartes en main et doivent coordonner leurs actions avec les autres partenaires, la dimension médicale exacerbant cette interdépendance. Si on se réfère à nouveau à la définition du réseau proposée sur Wikipédia, cette mise en lien permet l'émergence de potentialités dépassant celles des organismes isolés. Si ces alternatives se traduisent par des propositions concrètes en termes de logement, d'activités ou autres projets qui s'inscriront dans le parcours de la personne, elles

sont également, nous le verrons, de nature relationnelle, la personne ayant la possibilité d'entrer en lien avec des interlocuteurs diversifiés aux rôles distincts. Mais ce potentiel rencontre également des forces contradictoires, le travail de réseau posant par exemple la question de l'articulation des différentes interventions. Chacun agit-il dans son coin, dans une *vision morcelée* et réduite à la juxtaposition de prestations non coordonnées ou les interventions se construisent-elles dans le partenariat qui implique la concertation et une définition conceptuelle commune de la pratique ?

Afin d'explorer cette question, ainsi que d'autres qui émergeront au fur et à mesure des témoignages, intéressons-nous dès à présent aux pratiques liées à ce travail en réseau, sujet que les intervenants choisissent souvent d'aborder spontanément, reflétant l'interdépendance des structures d'aide et de soins. Si certains mentionnent des obstacles, d'autres partagent les difficultés qu'ils rencontrent, faisant apparaître les articulations et les écarts entre pratiques relevant de sphères d'action différenciées. Chaque citation a été choisie de manière à représenter une des facettes de la collaboration sans que l'exploration soit toutefois exhaustive : mon attention se portera sur le contenu dans la mesure où il témoigne des résistances rencontrées dans le travail réel, mais elle sera avant tout guidée par ce que les propos révèlent de l'organisation même des structures socio-sanitaires et des besoins qui paraîtront. C'est ainsi que quelques sujets affiliés à la question des alternatives à la contrainte seront évoqués, sans toutefois que les liens soient directs et linéaires.

Partons tout d'abord de la perspective des personnes, le premier extrait proposé traduisant la contrainte que peut constituer le travail de réseau pour ces dernières, plus particulièrement si les réunions mettant en présence interlocuteurs médicaux et sociaux sont imposées : « *Ça peut prendre du temps pour que la personne comprenne. Elle peut avoir peur du réseau, parce que c'est contraignant et que les gens vont commencer à se parler et qu'elle aura moins la sensation de mener par elle-même et de gérer par elle-même de part et d'autre. Je pense que les gens qui ne veulent pas de réseau, c'est qu'ils ont l'impression d'avoir un pouvoir plus grand sur leur vie, en étant en lien avec le médecin, avec l'AS (...)* » (8). En d'autres termes, ces situations peuvent accroître le sentiment d'impuissance des personnes et les mettre dans une posture dévalorisante. Ainsi, le sens de ces réunions et les bénéfices qu'elles peuvent offrir à la personne – du moins tant que ses besoins sont au premier plan – sont des éléments que la professionnelle élaborera avec cette dernière, ce qui lui donnera éventuellement l'occasion de s'approprier cet espace comme une ressource.

L'extrait qui suit se traduit par deux niveaux de lecture : le premier offre un éclairage des enjeux identitaires liés à l'image d'elles-mêmes que les professionnels renvoient aux personnes

aidées : « Alors je pense que la pensée médicale et la pensée sociale sont pas les mêmes, et que des fois, ça coince. Parce qu'on voit pas la personne de la même manière. Beaucoup de personnes nous disent : « Vous nous voyez pas comme des malades, mais comme des personnes ». Nous la maladie, c'est une partie. On sait qu'elle fait partie de la personne, c'est des personnes qui sont toutes malades qui viennent ici, mais c'est pas notre point d'approche. Donc, on a un autre regard. Des fois, le regard médical et le regard social ne sont pas les mêmes. Donc, de temps en temps, dans les réseaux, ça coince (8). »

Ces propos témoignent ainsi que la perception qu'ont les professionnels des patients, pupilles ou usagers sont perçues par les personnes, ces informations participant de la constitution de la relation et des contraintes informelles auxquelles elles sont soumises. Si ces processus influencent la forme d'adhésion qu'elles développeront par rapport à ce qui leur est proposé, il importe que chaque partenaire ait un rôle défini, celui des acteurs médicaux consistant notamment à rendre les personnes attentives aux questions liées aux troubles qu'elles rencontrent. Et les personnes aidées, lorsqu'elles sont face à ces interlocuteurs, sont de ce fait immanquablement confrontées à leur degré d'acceptation de la maladie. Mais si la diversité des manières de faire, des conceptions et des sensibilités professionnelles participent de la souplesse de l'offre et des possibilités d'adaptation à la singularité des situations, elle permet également d'offrir aux personnes un champ étendu de projections affectives, les rôles professionnels se partageant également en termes de « bons » ou « mauvais » objets à investir. Dans cette perspective, je souhaite formuler deux remarques. D'une part, les intervenants ayant un mandat d'autorité sont peut-être plus souvent amenés à assumer le deuxième rôle cité, impliquant un jeu relationnel subtil alternant l'empathie et l'autorité. D'autre part, il apparaît que la prise en compte du potentiel d'action des personnes sur leur qualité de vie, tout comme l'action professionnelles entreprise dans la perspective de la développer, engagent la recherche d'un terrain propice à l'alliance par le recours à des tiers.

Le deuxième niveau d'interprétation de l'extrait qui précède est relatif à la cohérence des pratiques et à sa mise en échec potentielle. La transversalité des pratiques ou si l'on prend plus précisément l'exemple du partenariat entre institutions relevant des champs distincts (santé ou social), semble être un défi dans la mesure où l'harmonie n'est pas acquise, au contraire. Les différences se révèlent non seulement dans les missions, les priorités ou les modes opératoires, elles s'expriment également par les cultures professionnelles et exigent souvent la capacité des acteurs à se remettre en question, à partager leurs connaissances, à négocier et à poursuivre un but défini en commun. Ce qui s'applique à toute collaboration semble être exacerbé dans les contextes pluridisciplinaires. Cet extrait d'entretien n'a pas été choisi pour alimenter les conflits ou accroc s entre corps professionnels distincts : il me

paraît intéressant dans la mesure où l'intervenante exprime les différences d'approche (qui ne se réduisent pas pour autant à l'exemple cité), faisant apparaître qu'elles constituent un enjeu de collaboration dont il faut tenir compte, impliquant peut-être un besoin de définitions communes quant aux missions et modalités d'action professionnelle.

L'extrait suivant témoigne du besoin de se coordonner, de confronter les points de vue :
« *Par rapport à la mission [et aux personnes accompagnées], (...) tu rencontres des difficultés qui sont liées à un travail relationnel ordinaire. Maintenant, ce n'est pas particulier à cette mission là. Tu peux tomber sur des gens avec qui tu trouves des moyens de rentrer en contact, puis d'autres, où t'es plus en difficulté. Toujours le doute aussi. Est-ce que c'est bon, pas bon, plus de ceci ou de cela... Donc, de discuter avec d'autres intervenants pour se confronter, courir après les autres intervenants, se mettre au diapason ou pas, des fois c'est continu, c'est bon, des fois il y a des trous. Et puis de courir après les gens, mais après tout le monde, pas seulement les patients. D'ici que le réseau arrive vraiment... Dans le réseau, il y a toujours des personnes qui toutes seules vont penser qu'on continue. Te mettre au courant aussi des changements, ça prend du temps quand même (4).* » Le réseau ne constitue donc pas seulement une organisation permettant de répartir les différentes facettes de l'accompagnement des personnes entre fonctions distinctes. Il constitue également un outil permettant de croiser les différentes approches, de les redéfinir au besoin dans un domaine où les projets se construisent par hypothèses, par tâtonnements et dans l'incertitude, les actions devant être réajustées au regard de l'évolution des situations et des besoins des personnes. L'extrait présenté dénote cependant que cela ne va pas de soi...

Cette possibilité de construction commune ne semble pas uniquement reposer sur la capacité des acteurs à se mobiliser, les logiques institutionnelles étant parfois difficiles à concilier :
« *Moi, je trouve que parfois, s'il y a quelque chose qui ne va pas, c'est au niveau de la collaboration avec l'extérieur ou la collaborations avec les partenaires. En principe, pour pouvoir bien aider quelqu'un, il faut travailler ensemble. Par exemple, ce service, c'est un service qui ne veut pas collaborer, qui n'a rien à cirer du fait qu'elle est en train de mourir, non, procédure, c'est procédure. Moi, je me heurte à ça, ça me révolte, ça me met dans une position d'impuissance et ça m'énerve. Et ça, tu peux le rencontrer partout, tu peux tomber sur des gens qui sont ouverts et tu peux tomber sur des gens qui sont fermés à ce que tu demandes et pour moi, c'est là la difficulté. (...) Oui, [mais] cela n'arrive pas souvent (2).* » Deux niveaux de collaboration sont identifiés par l'intervenante : celle des services et leurs procédures et celle des professionnels, les premiers prédéfinissant les marges de manœuvre respectives et les deuxièmes ayant une part active dans l'interprétation des normes d'action que l'on peut chercher à assouplir ou non. Mais on peut également faire l'hypothèse d'un lien

dialectique entre les deux, le contexte légal, politique et organisationnel dans lequel s'insère le premier permettant plus ou moins de promouvoir la flexibilité des acteurs. La question de la qualité des collaborations est donc relative aux différents genres institutionnels et aux styles des intervenants qui y trouvent leur ancrage.

Les attentes que l'on peut formuler à l'égard des prestations du réseau marqueront également les collaborations, d'autant qu'elles ne seront pas toujours satisfaites : *« C'est quand même des difficultés de collaboration, je dirais quand même. Bien que personne ne refuse jamais de collaborer. Mais je trouve qu'on a des grandes attentes d'une hospitalisation, on ne comprend pas toujours ce qu'on fait, c'est vrai qu'on n'est pas d'une transparence extraordinaire. Par exemple, je dois expliquer des fois pourquoi on sort un patient, déjà maintenant. Alors que quand il a été hospitalisé, on a dit : « J'espère qu'il va rester ». Voilà. J'entends bien que l'extérieur a besoin d'être soulagé, pour différentes raisons. Alors l'extérieur, ça peut être la famille, mais là, je parle des institutions partenaires.(...) Donc des fois, il faut expliquer beaucoup pourquoi et c'est un rôle difficile parce que je reçois beaucoup d'incompréhension et en même temps, je ne suis pas médecin non plus, il y a des choses que je ne peux pas dire et voilà (1). »* La logique qui déterminera la durée de l'hospitalisation est complexe et sera fonction de critères légaux, notamment liés à l'état de santé de la personne. Mais elle s'articulera aussi en fonction des différentes attentes qui entourent la structure hospitalière. Cette citation fait apparaître les écarts entre une logique de soins limitée par les lois, les exigences d'efficience et les modalités spécifiques de mise en oeuvre, les attentes des familles qui ont besoin de répit et celles des partenaires sociaux qui expriment indirectement leurs limites, voir leurs sentiments d'impuissance.

Le dernier élément que je souhaite mettre en lumière ayant trait aux pratiques de réseau concerne les effets du contexte des politiques publiques en matière de santé, leur répercussion n'affectant pas uniquement ses bénéficiaires, mais aussi les structures et les professionnels qui en sont les exécutants. Les transformations politiques, économiques et institutionnelles en cours posent question et si cela apparaît plus particulièrement dans deux entretiens (3 et 7), les effets des réaménagements structurels sur la qualité des prestations apparaît de manière indirecte dans d'autres, notamment à travers l'évocation du manque de temps (1, 4, 5, 6 et 7). Celle-ci est parfois nommée en ce qui concerne la pratique propre aux personnes interviewées, mais peut aussi relever de ce qu'ils observent chez d'autres intervenants avec lesquels ils collaborent.

Pour citer un exemple, la constitution d'organes qui centralisent les demandes est un sujet évoqué du fait qu'elle suscite des questionnements et impose des transformations des prati-

ques. Ces dernières porteront notamment sur l'intégration nécessaire de procédures qui vont canaliser l'accompagnement, prédéfinir les potentialités en terme de collaborations interinstitutionnelles et peut-être aussi standardiser l'offre disponible. Plus concrètement, adresser une demande par le biais de formulaires à un organe central avant de pouvoir entrer en contact avec les prestations d'un service partenaire semble limiter l'exploration avec la personne de l'offre multiple et variée du réseau, la force de cette dernière reposant en grande partie sur les possibilités de réponses aux besoins singuliers et sur l'initiative des professionnels. « *Oui, dans le travail social, c'est typiquement ce que je vous ai dit. Plus de barrières, plus de difficultés, moins de liberté en fait de prendre le patient et de s'en occuper de A à Z. Moins de liberté, ben oui, parce qu'on nous a mis des espèces de jalons qu'on doit respecter, à tel point que parfois, on va dire, il vaut mieux que ce soit le patient qui fasse les démarches et que nous on n'apparaisse presque pas* » (3). Si ces changements semblent être vécus par cette professionnelle comme une perte de qualité du service, on peut également noter qu'ils modifient les rapports entre professionnels et usagers en réduisant la proximité du cheminement commun. On peut ainsi se demander dans quelle mesure les orientations proposées par des organes centraux s'inscriront dans la trajectoire de la personne et seront intégrées à un processus qui donne du sens à ses projets.

Cependant, ces évolutions ne semblent pas uniquement répondre à des impératifs économiques. Les motivations organisationnelles liées à l'efficacité des itinéraires entre l'offre et la demande, l'équité de traitement et les garde-fous mis en place pour veiller au respect des droits des personnes font vraisemblablement partie des objectifs visés par ces modifications structurelles. La question réside dans la recherche de l'adéquation de ces objectifs avec le maintien de la marge de manœuvre des professionnels et celles des personnes accompagnées, la diversité de l'offre et sa flexibilité étant un préalable favorisant la construction d'alternatives.

Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons exploré différentes questions liées aux pratiques de réseau, en commençant par nous pencher sur des extraits qui abordent le point de vue des personnes. Nous avons vu que ces dernières nourrissent parfois des réserves à l'égard de ces pratiques, leur consentement étant corrélé à la compréhension de la finalité de ces réunions et qu'elles sont sensibles au regard que l'on porte sur leur situation. Par la mise en évidence des nuances de regard, nous sommes venus à constater que ces dernières révélaient des responsabilités, des rôles et des approches disciplinaires distinctes. Si cette diversité offre à la personne différents terrains d'alliance, elle porte également à conséquence sur la qualité

des collaborations, la construction commune impliquant le partage de langages et d'objectifs communs.

La parcellisation des pratiques et la très grande spécialisation qui les caractérise placent ainsi les professionnels face à un réel défi. Si la cohésion des interventions repose en partie sur l'espace prévu pour la construction collective des conceptions et modes opératoires, elle implique probablement que l'objectif de coordination soit explicitement intégré aux missions professionnelles. Cela exige donc que sa mise en œuvre concrète ne repose pas uniquement sur les volontés individuelles²⁴, les intervenants étant également tributaires de la marge de manœuvre dont ils disposent au sein de leurs institutions et, de manière plus générale, au sein de l'organisation socio-sanitaire régie par les politiques publiques.

En conclusion, les potentialités du travail en réseau résident dans les perspectives qu'elles offrent aux personnes, dans la mesure où les projets mis en place par ce biais peuvent être ajustés à la singularité des situations. Cela permet aux propositions de s'inscrire dans un processus en fonction des trajectoires des personnes accompagnées et ce faisant prendre sens pour elles. Mais pouvoir offrir des alternatives aux personnes, chercher à créer un lien avec elles par le biais de la construction collective des interventions et ce dans la perspective qu'elles puissent notamment s'affranchir de l'aide contrainte, implique de partager des réflexions et nécessite des ressources pour le faire.

3.5 Politiques sociales et contexte socio-économique

Ce chapitre a pour objectif de relayer quelques observations formulées par les intervenants sur le contexte socio-économique et la politique sociale, de les mettre en discussion et de proposer une analyse en lien avec la problématique de ce travail. Le regard que portent les professionnels sur ces questions est orienté par les situations des personnes qu'ils sont amenés à rencontrer. Ainsi, l'intérêt de ces témoignages est relatif aux indices qu'ils dévoilent sur le contexte de la réalisation des mandats professionnels.

Les politiques sociales concernent un champ très étendu d'actions et de ressources mises à disposition des citoyens pour leur garantir l'accès aux conditions d'existence et plus généralement à leurs droits fondamentaux. Leur évolution se manifeste, ainsi que je l'ai déjà évoqué, par les moyens dont disposent les individus pour construire leur trajectoire de vie. Si

²⁴ Ce passage est inspiré par le support de cours « Interdisciplinarité et projets » de Dominique Quiroga.

l'aperçu que je propose ci-dessous peut paraître éloigné de ma problématique, il me semble au contraire que les indications relatives aux besoins primaires des personnes nous donnent un aperçu du chemin à parcourir pour inscrire les propositions dans un processus. Et ce, dès lors que l'aide contrainte s'inscrit dans des trajectoires marquées par des difficultés en prise avec l'environnement social. L'accès aux ressources participent ainsi non seulement à l'amélioration de la qualité de vie des personnes, mais aussi à l'émergence de moyens concrets leur permettant de se projeter dans l'avenir, d'avoir le sentiment d'appartenir à une collectivité et de construire des stratégies visant une plus grande emprise sur leur vie quotidienne. Et si réunir les conditions matérielles favorables à l'autonomie ne suffit pas à éviter le recours à l'aide contrainte, il y participe certainement dès lors qu'elles forment les supports concrets à partir desquelles il sera possible de construire une alliance. Puis, dans un deuxième temps, celles-ci permettront de mettre en place les éléments relevant de leurs besoins secondaires. En d'autres termes, cela offre aux personnes des possibilités de se reconstruire, de développer leurs potentialités d'action sur les événements qui traversent leur vie et d'améliorer l'image qu'elles ont d'elles-mêmes.

Ainsi, l'évolution des moyens d'action de ces dernières années est un sujet qui revient à plusieurs reprises, même si tous n'évoquent pas le contexte social de manière directe. C'est d'ailleurs « le rétrécissement » des moyens d'action qui est constaté. La difficulté à trouver des solutions est ainsi corrélée à la détérioration du contexte socio-économique. Par exemple, la problématique des « sans » (sans papiers, sans moyens d'existence, sans logements, sans assurance maladie) est soulevée par Marie qui rencontre un public très diversifié.

La douloureuse question du logement et de sa pénurie est également souvent mentionnée. Celle-ci met les professionnels dans une situation d'impuissance – « *on a beau être plein de bonne volonté, quand il n'y a pas, ben, il n'y a pas* (3) ». Il est difficile de construire l'insertion sociale sans ce premier niveau. La réponse en termes d'hébergement se fait selon les possibilités concrètes qui s'offrent aux personnes : ainsi une place en foyer pourra parfois remplacer un appartement du fait de la pénurie de logements (3).

La complexité administrative et la difficulté de compréhension qui s'ensuit sont également nommées. Cela concerne particulièrement les personnes fragilisées ou qui n'ont pas la maîtrise du langage écrit. « *Trop de lettres, trop de courriers, trop de niveaux de compréhension* (2) ». Prenons pour exemple la gestion des frais médicaux : « *On ne peut pas expliquer aux gens d'envoyer à la caisse, d'attendre, de payer, d'envoyer pour les dix pour cent aux prestations complémentaires, attendre, etc...*(2) »

Cette problématique trouve un écho dans les conditions d'accès aux prestations sociales. Pour une aide financière, le nombre de documents à présenter pour l'ouverture du dossier tend au parcours du combattant. *« Souvent, on voit que les gens ont déjà essayé de le faire avant et ils ne sont pas arrivés. Souvent ils disent : « J'ai essayé, mais il manquait un papier, alors on m'a renvoyé. » Et ils ont laissé tombé (1). »*

En ce qui concerne le travail protégé ou l'hébergement en foyer, une AS relève la nécessité pour les personnes de motiver leur demande à travers des entretiens de candidature qui ressemblent de plus en plus aux techniques des ressources humaines privées. Ce qui élèverait le seuil d'accès à ces prestations du fait des difficultés d'expression rencontrées par certaines personnes (3).

Les actions visant à accompagner les personnes vers un mieux-être passent par la conjonction de soins et de médiations vers les moyens permettant aux individus d'exercer leur autonomie. Il s'agit non seulement de trouver un travail ou un logement : il s'agit également de développer la possibilité de l'investir, d'y trouver sens et matière à construire des projets. Afin de poursuivre cette réflexion et motivée par le constat des « liens dialectiques entre situation sociale défavorisée et état de santé dégradé » (Piel, 2001, p. 36), je souhaite me pencher sur les deux instruments de solidarité et de cohésion sociale que sont l'assurance invalidité et l'aide sociale.

Les deux premières formes d'aide (socio-juridique et médico-sociale) qui se répartissent indifféremment d'une reconnaissance sociale par l'AI sont tributaires de l'évolution du contexte culturel et économique dans les réponses concrètes qu'ils peuvent donner aux personnes. Celles-ci étant corrélées aux conditions d'accès à l'emploi, au logement, aux moyens de subsistance, ainsi qu'à la troisième forme d'aide désignée, à savoir l'aide socio-éducative. Se déployant dans le quotidien par le biais de l'accompagnement à domicile, des ateliers de travail protégés ou encore de lieux d'hébergements – services généralement dépendants de financements liés à l'AI –, cette forme de ressource est également traversée de tensions et de réaménagements notamment induits par une volonté de maîtrise des coûts de la santé.

L'AI constitue une forme de reconnaissance qui légitime l'expression de la solidarité sociale à l'égard de personnes dont les difficultés de santé ont été préalablement identifiées comme étant incapacitantes en matière d'accès à l'emploi. Cela offre aux personnes des possibilités en termes d'insertion et d'accompagnement dans le quotidien qui recouvrent un nombre étendu de domaines et permet de répondre à la question cruciale de leurs moyens de subsistance. L'exclusion de cette forme de soutien social limitera donc les réponses que l'on

peut apporter aux personnes. Ces dernières auront alors souvent recours à l'aide sociale qui accueillera en son sein l'expression de souffrances psychiques qui ne sont pas toujours articulées à une demande de soins. Dans un contexte d'insertion dont la finalité explicite n'est pas l'accès aux soins, cette prise en charge sociale des souffrances psychiques peut laisser les acteurs sociaux démunis. D'autant que ces derniers seront également soumis aux contraintes sociales déjà évoquées, les lois cadres se traduisant par une prédéfinition de l'accompagnement social qu'ils pourront proposer aux personnes. Cela se révélera par des attentes en termes de comportements et d'expression de désirs socialement valorisés chez la personne qui en bénéficie, alors qu'elle n'est peut-être pas à même de répondre à ces exigences de part les difficultés de santé qu'elle rencontre. Il peut par exemple s'agir de *vouloir* travailler, se réinsérer, régler ses problèmes personnels. Les difficultés rencontrées seront par ailleurs davantage mises en lumière à l'aune des histoires personnelles qu'à celle d'un contexte économique et social dont les effets se traduisent sur les personnes vulnérables et sur la nature du lien qu'ils entretiennent avec les objets sociaux.

D'un autre côté, les prestations d'aide sociale étant corrélées à un suivi social régulier, ce regard extérieur veille au maintien de la situation administrative des personnes, de leur logement et de l'accès aux prestations médicales, ce qui n'est pas automatiquement le cas lorsque les personnes perçoivent des ressources de l'AI. Cette forme d'accompagnement qui comprend également la transmission de compétences en matière d'autonomie administrative permet peut-être d'agir en prévention de mesures légales plus contraignantes dont le recours est à limiter dans la mesure du possible au vu des restrictions qu'elles impliquent sur le plan des libertés des personnes, sans parler de la position socialement dévalorisante qu'elles supposent.

J'aimerais conclure cette troisième partie en replaçant le contexte de la pratique contemporaine dans sa dimension historique. Commençons par discerner la fonction des trois différents niveaux de protection explorés, démarche qui consistera dans la formulation d'une hypothèse au vu de la multiplicité des modèles d'interventions. L'image de « société liquide » proposée par Z. Bauman (2000) et reprise par V. de Gaulejac (2009, p. 139) permet d'appréhender par contraste la fonction de cette protection à un niveau structurel.

La société liquide évoque la perpétuelle transformation culturelle, politique, administrative des collectivités « hypermodernes » et des normes qui les caractérisent (adaptation, autonomie, mobilité), impliquant l'instabilité des repères dans des frontières difficiles à discerner. Cette forme de société se superposerait à la société dite moderne, fondée sur des juridic-

tions nationales, structurée par des institutions stables et des hiérarchies identifiables (de Gaulejac, p. 139).

On peut situer le système de protection, tout comme les politiques publiques, dans la sphère de cette deuxième forme de société et ce, dans le champ qui nous préoccupe afin de permettre une relative stabilité aux personnes vulnérables sur le plan psychique. Cette perspective de stabilité constitue une forme d'alliance dans sa dimension sociale reliée du point de vue historique à la « dette sociale ». Pour Paugam, c'est l'idée d'une dette de la société vis-à-vis des plus défavorisés, pauvres et malades, qui aurait donné naissance à la fin du XIX^{ème} siècle aux « politiques de solidarité²⁵ » (2009, p. 4). Ces politiques ont bien sûr connu depuis lors d'amples transformations – voir même des métamorphoses – tant au niveau des formes concrètes qu'elles revêtent qu'au niveau des philosophies sociales dans lesquelles elles puisent leur origine. Cela s'illustre notamment par le déplacement du système caritatif vers celui du droit et par l'individualisation des prestations sociales.

En retraçant l'évolution historique de la psychiatrie en deuxième partie, j'ai souligné que l'implantation des institutions de soins psychiques dans la collectivité, ainsi que leur articulation sous forme de réseau favorisait l'émergence d'alternatives à la contrainte. Par le témoignage suivant, je souhaite poursuivre la réflexion relative aux transformations et aux tensions contemporaines qui caractérisent les formes d'assistance qui se sont développées dès lors. Illustrant la nette frontière entre l'intérieur de l'hôpital et l'extérieur, le témoignage de l'AS de l'unité hospitalière d'admission indique en creux la discontinuité du lien social en matière de protection des personnes.

« Ce qui me gêne le plus, ce qui me marque et me gêne, c'est des situations en augmentation, c'est que les gens viennent ici, ils sont mal, ils ont besoin de soins, on les soigne, ça coûte quand même un certain prix, on se donne de la peine, on essaie de faire le mieux qu'on peut pendant deux, trois, quatre ou cinq jours, puis ils sortent sur le trottoir (1). »

La nécessité et l'urgence dictent l'accès à un environnement médicalisé et relationnel par le biais de lois qui rendent l'intervention de tiers obligatoire, indiquant la continuité du lien social, l'insertion de la personne dans une collectivité qui a une obligation de protection vis-à-vis de ses membres. Lorsque le critère d'urgence ne s'applique plus, le poids de la responsabilité se renverse, de collective elle devient privée, impliquant que la personne puisse se

²⁵ Les pauvres à l'ère du soupçon, propos de S. Paugam, recueillis par J. Crozat, Journal « Le Courrier », Genève, avril 2009, p.4.

retrouver livrée à elle-même. La contradiction relayée par la professionnelle renvoie de manière étonnante aux propos d'un psychiatre français :

« Le parti que l'on avait fait il y a vingt ans, il est tenable. Il est possible de soigner autrement (...), d'aider les patients et leurs familles autrement qu'en les enfermant. (...) Et on les voit dans des conditions qui sont certes compliquées, avec quelque chose qui est qu'ils souffrent moins qu'avant.(...) On a atteint un niveau de qualité il y a un an environ et avons l'impression d'être plus efficaces maintenant. Mais les patients que l'on rencontre maintenant dans la ville nous apportent l'expression d'une autre souffrance qui est une souffrance sociale et qui nous terrifie parce qu'au fond, on se dit qu'on a fait un travail qui n'est que partiel. Les gens ont moins de symptômes qu'avant, mais alors ils sont dans un dénuement social qui est dramatique. Sans logement, sans ressources ou très peu, très précaires, en tout cas pas d'insertion professionnelle ou pas même d'identité sociale. Pas de relation de voisinage ou très peu. On perçoit chez un bon nombre de patients une souffrance qui contraste avec ce qui a été fait du côté du soin. Alors là, on se rend compte qu'on a été un peu berné par nous-mêmes, par l'utopie de la psychiatrie de secteur, simplement pas parce que c'est une utopie totale, simplement parce que nous n'avons pas su en mesurer la complexité. C'est-à-dire qu'aujourd'hui, il ne faut pas simplement qu'on se préoccupe de la famille, de l'entourage immédiat, il faut aussi qu'on s'occupe de l'identité sociale du patient. Alors là, on débarque » (Muxel & de Solliers, 2006).

Conclusion

Si ces paroles laissent présager la faiblesse des institutions sociales visant à promouvoir le lien, l'insertion de la personne dans la communauté, ils se réfèrent aussi à un contexte spécifique qui ne peut pas simplement être transféré dans l'environnement genevois. Mais cette citation révèle les enjeux liés aux politiques socio-sanitaires et la nécessaire conjonction de ses différentes facettes. De plus, le rôle des partenaires sociaux, qu'ils soient situés dans le contexte médical ou à sa périphérie, est mis en lumière dans le rapport que ces derniers permettent d'établir entre les deux dimensions de l'identité : celle qui a trait à l'individualité de la personne et celle qui a trait à son inscription dans un tissu social. Ainsi la dimension historique de la psychiatrie, le défi qui s'est imposé au sortir de la deuxième guerre mondiale afin de créer des alternatives à la contrainte a donné naissance à des moyens thérapeutiques étendus qui ne peuvent s'affranchir du contexte social, la souffrance psychique étant pour de nombreuses personnes indissociable de la souffrance sociale.

QUATRIÈME PARTIE : STRATÉGIES RELATIONNELLES ET ALLIANCE

Si les institutions socio-sanitaires ont pour ambition de trouver des réponses en termes d'accompagnement vers un mieux-être tant physiologique, psychologique que social, divers signes évoqués laissent préfigurer de la complexité croissante du terrain de leur action. J'ai proposé dans les pages qui précèdent une lecture de cette complexité à travers les observations portant sur le contexte des pratiques. Les témoignages portant sur les trajectoires individuelles et les situations concrètes proposées par les professionnels me permettront de poursuivre ma réflexion en mettant à jour les dimensions relationnelles de l'alliance.

4.1 Vulnérabilités et obstacles

Ayant interpellé les professionnels sur leur perception des problématiques des personnes accompagnées, les réponses ont révélé des éléments diversifiés portant, nous l'avons vu, sur l'environnement social et institutionnel et également sur les dimensions individuelles des difficultés rencontrées. Dès lors, relevons quelques observations liées aux situations et les formes de problématiques qui les caractérisent, facteurs qui influencent modes opératoires et projets d'accompagnement.

Les situations qui seront évoquées dans les extraits suivants évoquent des difficultés d'insertion et d'adaptation. Elles révèlent souvent une autonomie restreinte, voir même un décalage par rapport « au modèle de l'individu contemporain [qui serait] un sujet autonome, adaptable, sujet de son insertion, capable de réaliser ses aspirations » (de Gaulejac, p. 164). L'autonomie et l'insertion se déploient et se construisent à travers de multiples registres : « fonder un couple, subvenir à ses besoins, posséder son propre logement, trouver un emploi, mettre en œuvre des stratégies sociales pour obtenir de la reconnaissance » (De Gaulejac, p.165). Autant de domaines qui constituent souvent des obstacles pour les personnes rencontrant des difficultés de santé sur le plan psychique. Le travailleur social ayant de son côté pour rôle de faciliter l'accès à l'autonomie et à l'insertion en accompagnant les personnes dans leur rencontre avec ces obstacles, nous pourrions voir à travers ce qu'ils ont choisi de mentionner comment se qualifie le terrain de leur action et les défis tant relationnels que contextuels qu'ils rencontrent.

Un des intervenants du Service des tutelles d'adultes s'étonne du nombre de jeunes sous mandat de tutelle, plus particulièrement lorsque la mesure pallie à l'absence d'appui familial.

Il souligne également que leurs trajectoires se caractérisent par les échecs scolaires. L'enjeu serait alors de pouvoir valoriser les compétences de ces jeunes, de leur permettre de les conserver et d'en acquérir de nouvelles, malgré le mandat qui les prive de certaines possibilités d'expression de leur autonomie (6).

Il évoque également la rapidité avec laquelle les personnes perdent pied. Deux ou trois années sont amplement suffisante pour que la situation d'une personne restée sans appui social se dégrade et ce, sans que personne ne s'en rende compte. Lorsqu'une intervention aurait été possible en amont et qu'elle s'opère en aval, on ne sait plus par quel bout commencer pour aider la personne, relève le professionnel (6). J'ajouterais pour ma part que l'étendue des difficultés peut se révéler être un obstacle supplémentaire pour l'expression d'une demande d'aide et l'absence de celle-ci impliquer une intervention contre le gré de la personne.

La grande souffrance et la solitude sont mentionnées. *« Et ça m'arrive souvent qu'ils me disent, « vous ne pouvez pas comprendre ». « Eh, oui, c'est vrai, je ne peux pas comprendre, parce que je n'ai pas vécu ce que vous avez vécu. » (...) Et c'est vrai, je sens très souvent beaucoup de souffrance. Par rapport à leur problématique et à leur vie. Parce que leur vie a été dépendante de cette problématique et beaucoup de choses se sont mises en place à cause et autour de leur santé (7). »*

Cette souffrance et les deuils vécus peuvent entraîner des difficultés à se projeter dans l'avenir. Dans le contexte du Centre espoir et des projets sociaux formalisés, l'échange avec Hélène en témoigne. L'interrogeant sur les formes de projets développés avec les personnes, elle souligne que ceux-ci sont orientés par rapport à leur vie dans le lieu et que peu de personnes développent un projet de sortie du foyer : *« Des fois l'avenir, il est à court terme, on ne va pas chercher plus loin. Parce qu'il y a déjà eu tellement de souffrance avant, dans certains projets, qu'on n'a pas connus, que ce n'est pas toujours évident de remettre un projet en route. Un projet à long terme est difficile à tenir. Un petit projet, on en trouve toujours. »*

L'isolement est également mentionné par Elodie qui éclaire le mandat de l'Accompagnement à domicile par ces propos : *« D'avoir un petit bout d'autonomie et de confort dans la vie. Confort, c'est un grand terme, on essaie. Qu'ils soient un peu moins seuls, je pense qu'il y a quelque chose par rapport à l'isolement principalement. »*

Lorsque nous pouvons nous sentir submergés par des difficultés de différentes natures, un moyen de remédier à ce sentiment peut être de se retirer, de mettre à distance les problèmes pour se protéger du stress qu'ils provoquent. C'est ce que semblent signaler les propos suivants : *« Alors en général, il y a toujours des ruptures et ce qu'on pourrait appeler des retraits, des retraits d'une situation où les gens se sentent submergés, sans ressources pour faire face, ressources personnelles ou de réseau, parce qu'ils sont seuls et alors, c'est des personnes qui s'occupent plus d'elles, qui se gèrent plus, pas forcément en ce qui concerne boire, manger, dormir, mais payer leur loyer, aller à l'office cantonal de l'emploi, ouvrir leur boîtes aux lettres, répondre aux courriers, ouvrir leur courrier (1). »*

Quelques observations font également apparaître la proximité des difficultés psychiques et sociales, mettant l'accent sur la nature ambiguë de l'origine des troubles psychiques ou sur le caractère réactionnel de certaines de ses formes : *« Est-ce que c'est le fait qu'une personne ait de grosses difficultés financières qui va faire qu'elle va développer des troubles psychiques, parce qu'elle ne supporte plus tout ce qui lui tombe dessus, toutes les factures ? Est-ce que c'est parce qu'elle a des troubles psychiques qu'elle ne peut plus ouvrir ses courriers ? (...) Qui sait ? Pas moi (6). »*

Ces propos témoignent de l'enchevêtrement des problématiques, dont on ne peut pas toujours situer le point de départ, les unes venant renforcer les autres dans une dynamique indissociable. La question de la comorbidité l'illustre également, celle-ci ayant été soulevée à quelques reprises (1, 4 et 5). La confusion entre troubles psychiques et addictions – pour autant que l'on puisse vraiment distinguer ces deux problématiques – rendrait l'intervention professionnelle problématique. D'autant que cette consommation pourrait revêtir une forme d'automédication, une manière de se procurer du plaisir et d'échapper à ses difficultés.

La question du pouvoir de la personne – et à contrario celle des différentes contraintes qu'elle rencontre – transparaît à travers ces points de vue en fonction de perspectives différentes. Le pouvoir peut être lié à la capacité à contrôler une consommation de substances dont les effets sont délétères, à construire et développer ses compétences, à se projeter dans l'avenir, à construire des relations à autrui dans un contexte marqué par la fragilité des liens sociaux. Mais le pouvoir peut également se traduire par l'emprise que nous avons sur des questions ayant trait à notre vie quotidienne.

Conclusion

Les situations évoquées désignent des obstacles et des vulnérabilités qui révèlent également des orientations possibles de l'action professionnelle en fonction des différents be-

soins, primaires ou secondaires, en présence. Mais se projeter dans l'avenir dans la perspective d'augmenter son sentiment de bien-être peut s'avérer douloureux pour les personnes. Ainsi, investiguer les améliorations possibles et ce faisant replacer la personne dans une position où elle est actrice de sa situation, implique l'initiative des professionnels et donc une certaine marge de liberté d'action.

4.2 Penser l'action sous mandat en termes de processus : un terrain fertile pour l'empowerment ?

Le travail social *aseptisé*, nous l'avons vu, peut se limiter à des procédures, à une dimension opérationnelle : à tel besoin diagnostiqué, telle réponse visant un résultat évaluable. Lorsque les demandes des personnes sont claires, en adéquation avec une réalité qu'elles acceptent tant bien que mal, qu'elles ont peut-être aussi un soutien leur permettant de partager leurs difficultés, la dimension technique du travail social permet une efficacité dont les personnes peuvent bénéficier. Mais dans l'absence de demande, de désir d'être accompagné, l'aide professionnelle lui renvoyant peut-être une image négative d'elle-même, de telles réponses peuvent être vécues comme étant autoritaires, intrusives ou contraignantes.

De nombreuses situations où les personnes sont en refus ou en incapacité à accepter une aide extérieure ont été évoquées par les professionnels durant les entretiens. Restituer la perception qu'ils ont des personnes et de leurs postures permet non seulement de traduire leur interprétation de cette difficulté à établir un lien, mais aussi les attitudes qu'ils développent à leur égard. Cela permet aussi de situer la relation entre le professionnel et la personne concernée par l'aide dans un contexte institutionnel, rythmé par des cadences différenciées et orienté selon des priorités complémentaires.

L'action professionnelle conçue en termes de processus peut se traduire par deux niveaux opérationnels qui s'articulent. Cela se traduit dans un premier niveau par des stratégies visant à engager le mandat institutionnel et la subjectivité de la personne vers un mouvement de convergence, visant leur intégration, donc leur adaptation réciproque. Les missions sont revisitées à la lumière de la trajectoire de la personne et des signes qui traduisent ses aspirations. Il s'agit en quelque sorte de mettre en évidence ce qui est nommé en langage professionnel courant « la partie saine » de la personne. Cette expression indique que le regard sera non seulement porté sur ses limites, mais également sur son potentiel, ses compétences, ses aspirations et leur mise en valeur. Ceci est également valable sous l'angle de l'institution et de la définition de sa marge de manœuvre : les limites et contraintes institu-

tionnelles devenant des cadres de référence que l'on cherche à assouplir et dont on évalue l'élasticité.

L'émergence d'un projet social articulé sur ces deux polarités favorise à mon sens l'élaboration d'un socle, d'un appui permettant dans un deuxième niveau d'intervention les actions qui encouragent l'empowerment (qui est un processus en soi). Il est difficile de traduire de tels mouvements par les mots et également de les restituer à travers l'analyse de situations. Mais je propose d'introduire l'illustration des idées fortes qui sous-tendent ce travail à travers une première figure interactionnelle. Ces propositions seront ensuite reprises de manière implicite dans les chapitres suivants en tant que « fils conducteurs ».

Sophie aborde la situation d'un jeune d'une vingtaine d'années, hospitalisé, qui « *était toujours de mauvaise humeur, parfois agressif et en train de « cracher » contre tout le monde et de dire « ça ne sert à rien. » (...) « Et on a bien compris qu'il est très en colère contre le fait qu'il n'a pas d'avenir. »* Cette remarque laisse entrevoir un jeune, en pleine étape de construction de son avenir qui rencontre des difficultés en lien avec des troubles psychiques. Par-tout de la perception de l'intervenante et de son équipe et supposons que sa révolte est liée à l'absence de perspectives perçues. Les projections d'avenir se construisent en fonction de la situation dans laquelle on se trouve, des expériences vécues et des moyens à dispositions dans notre environnement, ces éléments étant en interaction. La situation de ce jeune évoque des échecs et des expériences vécues qui lui ont renvoyé une image négative de lui-même, ce que de Gaulejac nommerait une identité négative (1996, p. 130). Cela pourrait impliquer que l'aide proposée ne fait que souligner ses limites et ses difficultés de comportement en lien avec une souffrance psychique qu'il ne serait pas en mesure de comprendre ou contrôler. Sophie m'indique qu'au début ses attitudes mettent l'équipe à distance, celle-ci venant à se questionner sur le sens de l'hospitalisation et à envisager une sortie par ailleurs demandée par le jeune. Cette rencontre entre un dispositif de soins et une personne qui ne perçoit aucun avenir possible aurait pu en rester là : le jeune serait finalement sorti, sans nouvelles pistes à explorer, les bénéfices du séjour ne compensant pas l'image de soi dévalorisante d'une hospitalisation en milieu psychiatrique de par les représentations sociales qui lui sont associées. Les circonstances ont permis un retournement de situation par le biais d'une rencontre avec un représentant de l'assurance invalidité pour amorcer un projet de réinsertion pour lequel le jeune a montré de l'intérêt. Une perspective a été ouverte, l'AS ayant eu un rôle de médiation entre les différents intervenants et une écoute orientée vers : « *saisir le problème le plus important pour la personne à ce moment là* », permettant à ce passage en hôpital d'être « *un moment de sa vie (...) où il peut réfléchir à ce qu'il veut.* » L'hospitalisation n'aura pas seulement eu pour résultat la restauration d'un équilibre psychi-

que et somatique lui permettant de retourner vers sa vie quotidienne en étant hors de danger, elle aura également favorisé l'émergence d'un processus, le jeune prenant une part active dans la construction d'un avenir possible. Nous retrouvons ici les éléments mis en lumière par De Gaulejac dans sa conception du pouvoir : des *supports objectifs* – qui trouvent leurs fondements dans les lois et les normes et qui se matérialisent par le travail de cette équipe – et des *supports subjectifs* – « désir d'autonomie et implication dans le travail d'exister » qui se conjuguent, laissant entrevoir une reprise de pouvoir du jeune sur sa propre vie, celui-ci redevenant de ce fait acteur d'un processus de changement.

Nous visiterons le long des chapitres qui suivent une sélection des situations présentées à ma demande par les intervenants durant les interviews. Les problématiques évoquées sont diversifiées, mais répondent à l'invitation suivante: « Je vous propose de penser à une situation récente dans laquelle la personne que vous rencontrez ne perçoit pas le besoin d'être accompagné ou refuse la relation d'aide. » Nous verrons que la posture de la personne aidée évolue parfois au fil des rencontres et parfois non.

Les deux premières situations illustrent la difficulté pour le professionnel d'établir un lien avec la personne qu'ils accompagnent et interrogent la nécessité de la contrainte. Et si c'était pour certains le seul moyen de les atteindre, la seule perspective d'une alliance future ? Les deux suivantes me permettront de proposer une traduction de l'alliance qui se construit entre la personne aidée et la personne aidante et ce, à travers des nouveaux concepts. La situation qui sera abordée ensuite offrira un nouvel éclairage relationnel par le biais du triangle de Karpmann. Si celle-ci ne s'inscrit pas dans une relation d'aide contrainte à proprement parler, elle évoque des questionnements liés aux interventions sous mandat et la difficulté dans ce contexte de maintenir la contrainte sans que la personne aidée se sente persécutée.

4.3 L'alliance en tant que perspective

Si le critère de la nécessité est prégnant dans les deux synthèses qui vont suivre, il révèle également des dilemmes. On peut se représenter ces deux situations comme étant articulées, tout comme l'est le potentiel d'action des deux professionnels, malgré les limites de leur marge de manœuvre. La première illustre la mise en danger, donc le besoin de secours imminents. L'accompagnement dont il est question relève d'un suivi, dans le sens où c'est la commande sociale qui dicte l'action du travailleur social, celui-ci n'étant pas en mesure de s'appuyer sur la subjectivité de la personne pour la construire. En l'état, il ne peut

qu'interpeller le corps médical. La deuxième met en scène le contexte de l'intervention d'urgence et ses modalités sur le plan social.

S. est un jeune homme sous mandat de tutelle. Depuis quelque temps, il ne souhaite pas rencontrer son assistant social qui est de plus en plus inquiet. La police l'a informé des conduites à risque de S. suite à un deuxième excès de vitesse. Il ne se rend plus à la consultation, il n'a donc plus de suivi médical. Il consomme également des produits psycho actifs, prend le volant et peut avoir des comportements agressifs. Tous ces éléments réunis révèlent qu'il y a une mise en danger. Ayant eu recours à une ruse pour le rencontrer, l'AS lui fait part de son inquiétude et de son besoin de suivi médical. S. n'est pas intéressé et s'en va. Les symptômes de la maladie semblent envahir la scène de la rencontre, S. est hors d'atteinte et l'AS n'est pas en mesure d'établir une relation avec lui. Les besoins de S. sont identifiés par l'AS en termes de protection et de sécurité, pour lui tout d'abord, mais aussi pour autrui. Le professionnel a sollicité le milieu médical et une recherche a été lancée. Les solutions envisagées consistent dans une hospitalisation et éventuellement dans un PLAFA (6).

R., jeune homme, a vécu chez son père jusqu'à son hospitalisation. Leurs relations étant devenues très conflictuelles, R. ne pourra pas retourner vivre avec lui. Il a demandé sa sortie de l'hôpital. Les médecins s'étant opposés à sa demande, c'est la commission de surveillance qui viendra statuer. R. a mis du temps à accepter un traitement et l'équipe est en attente de ses effets pour pouvoir faire un projet avec lui. L'AS le rencontre dans le but d'aborder les éléments concrets de sa vie : en cas de sortie non préparée, il se retrouverait dans un lieu d'accueil pour sans abris. Mais R. ne s'en soucie pas, il souhaite seulement avoir accès à Internet. Sans ressources financières, l'aide sociale a déjà été sollicitée pour l'assurance maladie et de l'argent de poche. Lors de sa sortie de l'hôpital, le service poursuivra l'intervention financière, mais à condition que R. se rende dans un foyer. L'AS de l'unité hospitalière se demande si R. est prêt pour de telles conditions. S'il se rend dans un foyer, elle pense qu'au bout de trois jours, il s'en ira. Si elle se sent en panne au niveau des propositions concrètes et immédiates, l'AS pense que c'est à travers une demande AI, la possibilité de faire un projet de réinsertion professionnelle, un travail dans un atelier, que R. pourrait « prendre conscience des limites que sa maladie lui impose dans la vie quotidienne (1) ».

Imaginons, ainsi que je l'ai proposé en introduction de chapitre, que ces deux situations représentent des séquences qui se coordonnent, qui sont articulées dans le temps. Pour S., le recours à une mesure contraignante qui semble être la seule solution pour le préserver, lui et également la collectivité, peut aussi révéler un projet d'accompagnement défini en tant que

perspective. En effet, au cours de l'hospitalisation qui permettra d'agir sur différents aspects des troubles s'établira peut-être un premier lien relationnel laissant envisager la transformation du mandat contenu en mandat contenant, du suivi vers un accord. Mais si l'accord, l'engagement réciproque laisse supposer un climat de confiance, cette question semble être délicate : « *Non actuellement je pense pas qu'il y ait une question de confiance entre lui et moi. Moi, je sens une méfiance par rapport aux soignants, mais c'est une méfiance, je dirais, très archaïque, qui est constitutive de son trouble, de sa maladie psychique. Je peux espérer avoir une collaboration, je peux espérer le motiver, lui transmettre ma motivation à l'aider, mais la question de la confiance avec ces patients, c'est le résultat d'un très très long travail* (1). »

Comment établir cette confiance, un climat relationnel dans lequel la personne aidée ne se sent pas menacée dans sa liberté ? La réponse semble envisagée sur le plan de la temporalité, impliquant l'articulation de différents seuils d'intervention, en fonction de la personne, de sa capacité à assurer sa propre protection et des éléments qui pourront être mis en place avec lui pour lui permettre de construire un équilibre de vie. Cela impliquera pour certains des hospitalisations répétées, avec l'espoir qu'au travers de la répétition un lien puisse être créé.

La question de la sortie de l'hôpital, demandée par R. révèle un dilemme. Si elle est pour l'instant écartée, elle sera probablement reposée à plus ou moins courte échéance. Que va-t-on privilégier ? La demande du patient, dès lors que sur le plan clinique le critère de nécessité ne s'applique plus au sens strict ou les bénéfices du prolongement de la protection hospitalière ? Le critère de l'urgence étant écarté, la question du respect de l'autonomie de la personne se repose, non seulement au regard de la loi, mais aussi au regard d'une alliance possible dans le futur. Dans cette perspective, une sortie envisagée alors même qu'une nouvelle hospitalisation est probable à courte échéance permet peut-être de favoriser l'émergence d'une demande d'aide, l'objectif visé étant que la personne se sente assez en confiance pour demander à être hospitalisée lorsqu'elle se sent en détresse. Mais ainsi que le mentionne l'intervenante, la confiance peut être le résultat d'un long travail et implique peut-être du côté professionnel un choix présumant le potentiel de changement de la personne.

Revenons sur la question financière, sur la condition posée par l'aide sociale pour la poursuite de sa prise en charge. L'exigence de l'hébergement en foyer est une contrepartie à l'aide financière octroyée. Celle-ci relève de contraintes de nature sociales, ces contraintes étant à l'image des valeurs sociales : l'argent s'obtient de manière générale contre une

contribution. L'aide proposée implique dès lors la collaboration de la personne. Mais cette contrainte issue du contexte administratif est remise en question par la professionnelle. Ne porterait-elle pas préjudice à une alliance future si la personne n'est pas en mesure de répondre aux conditions du fait de sa problématique de santé ? Si d'un côté, on envisage l'intervention en termes de résultat – l'argent est octroyé, en échange, la personne vit en foyer et prend soin de sa santé – de l'autre, c'est un processus qui est visé, celui-ci impliquant la mise en place de conditions favorisant la construction d'un lien, ce qui n'est possible que lorsque la subjectivité de la personne est engagée.

L'AS de l'unité de court séjour a l'occasion de rencontrer R. régulièrement. Sur le lien qu'elle peut lui proposer, elle s'exprime ainsi : *« Moi, je travaille aussi sur ce que je peux. Il m'a demandé s'il pouvait aller chez le coiffeur hier et j'ai compris que c'était important. (...) Et des fois, c'est sur des choses comme ça que la collaboration se noue. (...) Si je retourne ensuite dans l'unité, je vais lui demander s'il est content. Mais ce n'est pas parce que je dois lui demander ça, ou par calcul, c'est parce que c'est vrai qu'il faut saisir toutes les occasions. Il faut avoir un peu cette espèce de feeling au niveau de ces petits gestes. »*

En effet, c'est peut-être à travers ces petits gestes qu'elle pourra lui transmettre « *sa motivation à l'aider* », la dimension sociale de l'alliance se traduisant dans la pratique par tous ces actes concrets qui visent à redonner du pouvoir à la personne en commençant par encourager leurs demandes et par les réponses apportées. Car derrière une demande d'objet, de la difficulté concrète que l'on voudrait résoudre, il y a aussi une demande de lien, de reconnaissance. Ainsi, quelle que soit la réponse, accueillir ces demandes permet de rétablir un lien avec le désir, lui redonner une place en l'autorisant et en l'accompagnant.

Un peu plus loin dans l'entretien, l'AS émet le souhait que R. puisse trouver un lieu d'hébergement qui lui permette de faire des rencontres, un espace réunissant des personnes d'horizons divers, à l'image de l'Hôtel Silva²⁶ qui accueille à la fois des personnes vivant avec un handicap, des étudiants et des touristes et qui propose des activités de réinsertion.

Conclusion

Dans cette perspective, l'articulation des services dans un réseau diversifié apparaît comme un moyen de réguler la contrainte au travers des institutions, cette diversité étant à l'image

²⁶ Entreprise sociale de l'association T-Interactions. Ce lieu « contribue à renforcer l'intégration de personnes handicapées et en même temps il permet à des individus de découvrir le monde du handicap et de s'impliquer par la confrontation quotidienne à la singularité et à la différence » Citation de la présentation de lieu dans le site <http://www.hotel-silva.ch/>, consulté le 27 juillet 2009.

des individus, tous singuliers. Cela se traduit notamment par l'intention de la professionnelle de trouver un terrain propice à la construction d'une alliance.

4.4 Contraintes et relations interpersonnelles

La situation qui sera présentée un peu plus bas se situe à la frontière de mon champ d'observation. En effet, celle-ci s'apparente plus spécifiquement aux problématiques liées à la vieillesse et à celles des addictions. Elle n'est pourtant pas uniquement représentative des deux dimensions relevées, elle décèle aussi les enjeux propres à la maladie psychique : la vulnérabilité des personnes entre en résonance avec la fragilité du tissu social et expose à la solitude et à l'exclusion. Si c'est en partie pour cette raison que je choisis de la faire figurer, elle me permettra également d'approfondir les notions de contraintes formelles et informelles.

Si l'interdépendance des contraintes formelles et informelles peut s'illustrer à travers de nombreuses situations, les propos suivants – qui concernent le mandat de tutelle – sont particulièrement significatifs : « *Le contrat de travail, les personnes n'ont pas le droit de le signer, la personne ne doit pas le signer, alors bonjour la contradiction !* » *Vous monsieur, vous êtes capable de travailler, vous n'êtes pas capable de signer (5).* »

La personne peut donc s'engager à travers ses actes, mais elle ne peut pas le faire au travers du contrat de travail qui implique une forme d'engagement moral. Si ces propos éclairent les notions évoquées, contraintes formelles et informelles se renforçant, ils témoignent également de la conscience, peut-être intuitive, de l'intervenante de la dynamique entre contraintes et identité. Ainsi, elle trouve une parade, une manière de reconnaître sur le plan symbolique la place occupée par la personne dans cet engagement dont elle est l'actrice principale : après avoir transmis le contrat à la personne habilitée à le signer, en l'occurrence le juriste titulaire du mandat, elle fait apposer la signature de la personne concernée, à côté. Cette stratégie révèle la motivation de l'AS que rien n'oblige à agir ainsi.

« *Alors, c'est vrai que c'est difficile pour nous parce qu'on a beaucoup de dossiers, il faut courir. Je m'en fiche, les choses importantes, je fais contresigner. C'est un moyen de mettre les gens dans leur truc, de ne pas leur enlever toute la substance tout en demandant des choses.* »

Mais le lien entre contraintes formelles et informelles peut être figuré par une deuxième lecture. En effet, si les premières découlent de lois ou règlements, impliquant des actes limitant la liberté d'autrui de manière légale, les deuxièmes peuvent se traduire par une intervention auquel le cadre légal donne du poids de par la possibilité d'y recourir. Je chercherai à illustrer cette proposition à travers la situation de Mme J.

Mme J. est une femme âgée, sous curatelle, qui vit seule. Depuis peu, son état de santé s'est affaibli. Au vu des difficultés concrètes qu'elle rencontre, l'AS, l'infirmière à domicile et le médecin se demandent si un lieu d'hébergement pour personnes âgées ne serait pas davantage en adéquation avec ses besoins que son domicile actuel. Après avoir entendu dire que Mme J. n'ouvrait plus la porte aux services de soins à domicile, l'AS se rend chez elle à plusieurs reprises. Son état de santé et une autonomie très réduite conduisent l'intervenante à observer que ses conditions de vie ne répondent plus au respect de sa dignité. Lors des deux premières visites, l'AS est face au refus de Mme J. concernant un changement de vie qui se traduirait par l'emménagement dans un EMS. La troisième rencontre sera déterminante : si Mme J. reste sur sa position, l'AS évaluera la pertinence de demander l'application d'une PLAFA. Mais le recours à cette mesure est inconfortable pour l'intervenante qui est en proie à des questionnements de nature éthiques. Est-ce qu'elle peut ou non laisser cette personne décider de son lieu de vie ? Qu'est-ce qui légitime son intervention ?

Poursuivons encore avec cet extrait d'entretien :

« J'ai du faire deux ou trois visites et puis la dernière, je me suis fâchée, sans la toucher, sans rien, bien sûr, je lui ai dit : « Moi, Mme J., Pauline Bertrand²⁷, je ne peux pas vous laisser comme ça ! » Elle m'a regardée – mais qu'est-ce qu'elle me dit celle-là ? – : « Et ben, faites venir la police ! » « Non, non, Mme. Il est hors de question que je fasse venir la police. » (...) J'avais pendant ce temps là fait le travail de trouver une place dans une EMS. Pour moi, c'était la situation dur, dur, dur, parce que j'avais participé à la mise en EMS de la personne. Et c'est quand elle m'a entendu dire ça, moi je ne peux pas Mme, ah c'est fou, quand même, elle a réagi et « mais vous ne feriez pas ça à votre maman ? ». C'est vrai, on a travaillé avec ça. Après, elle écoutait ou elle parlait beaucoup d'elle et puis finalement, elle a mis une heure pour mettre ses bas, ça je m'en souviendrai tout le temps (...) et moi, je ne la pressais pas, je ne faisais pas vite, vite, vite... (...) C'est une situation dans laquelle j'ai du faire usage d'une contrainte quand même, parce que j'ai le sentiment que je l'ai quand même contrainte, c'est vrai, en lui disant « Je ne vais pas vous laisser comme ça ».

²⁷ Nom et prénom fictifs

D'entrée de jeu, c'est le registre de la relation humaine de type primaire qui est sollicité par l'intervenante et non celui propre à la relation de services. Mme J. la replace, à travers la mention des forces de l'ordre, dans son rôle professionnel, explicitant également l'implicite : dans la mesure où Mme J. ne coopère pas, l'AS pourra faire appel aux instruments légaux. Devant le refus catégorique de l'AS, Mme J. fait recours à la figure mère – fille, confirmant qu'au delà des rôles professionnels subsistent les êtres humains et cherchant peut-être à faire fléchir la détermination de son interlocutrice. L'échange se poursuit à travers les mots et le temps donné dans une dynamique de reconnaissance réciproque par le biais du partage d'émotions. Mme J. s'habille doucement, en marmonnant, donnant finalement son accord. Il est possible que le registre émotionnel ait aidé (ou incité ?) Mme J. à accepter l'environnement social qui l'entoure, dont elle fait partie, avec ses normes et limites inhérentes aux formes contemporaines du lien social. La dignité, objet social fondamental, est constitutive des valeurs qui la sous-tendent : à l'origine de la motivation du changement de domicile se situe l'état de santé de Mme J. qui ne permet plus aux services sociaux et sanitaires de garantir les conditions d'existence conformes aux normes sociales contemporaines.

Cette situation illustre également la tension sous-jacente entre contraintes formelles et informelles, la dimension émotionnelle de l'exclamation « Je ne peux pas vous laisser comme ça » ayant un pouvoir d'évocation des contraintes formelles qui influence Mme J.. La sensation restituée par l'intervenante d'avoir contraint la personne en témoigne.

Conclusion

L'absence d'indicateurs permettant d'identifier la présence de proches laisse supposer leur absence, illustrant la précarité des liens sociaux. Mme J. semble isolée, cette solitude étant rompue par les soins du réseau secondaire qui veille sur ses conditions d'existence. Il subsiste bien sûr pour de nombreuses personnes un entourage familial qui soutient et accompagne leur membre dans les changements et les deuils. Mais les professionnels sont parfois les derniers témoins de ces parcours de vie et les lois, à travers les contraintes formelles ou informelles qui en découlent, l'ultime médiation entre les individus et la collectivité. La situation de Mme J. est emblématique des scènes de vie qui se jouent à l'écart du regard collectif ou plus exactement qui dépendent de l'observation attentive des professionnels, eux-mêmes dépendants des structures en place et qui permettent de rompre avec l'invisibilité sociale.

4.5 L'alliance : entre socialité secondaire et socialité primaire, un espace d'interprétation²⁸

Avec Mme J., nous avons abordé, sans que cela soit explicite, les notions de dons et de contre-dons, tout en envisageant la relation sous l'angle de la prestation de service. La modélisation de l'accompagnement social proposé par Fustier offre un éclairage de ce type de pratiques.

Selon cet auteur, l'intervention sociale, déterminée de part son ancrage socio-historique et institutionnel, ne peut se réduire à une simple prestation de service. En dépit d'une plus grande formalisation des pratiques, de procédures venant encadrer et orienter l'aide, un échange d'une autre nature subsisterait entre l'aidant et la personne aidée (Fustier, 2000) : les concepts de don et de contre-don explicitent peut-être ce que nous aurions nommé en d'autres temps « engagement ».

La sphère de l'action sociale s'inscrit, nous l'avons déjà évoqué, dans le contexte de politiques publiques définissant les priorités, les financements et les modes d'intervention encadrés par des législations. Les prestations proposées aux usagers s'inscrivent donc dans une socialité de type secondaire, relative à des actes professionnels, anticipés et prédéfinis qui « convoquent moins les personnes que les rôles, les statuts et les fonctions » (Fustier, p.10) et donnent lieu, en contrepartie, à un salaire. La socialité de type primaire, elle, s'inscrit dans les liens interpersonnels développés entre membres d'une famille, amis, relations de voisinage ou militants. Ce sont donc davantage les affinités personnelles ou les affiliations identitaires qui en constituent la trame.

Deux formes d'échanges caractérisent ces sphères de socialisation : celui de l'échange contractuel en ce qui concerne la socialité secondaire et celui du don pour la socialité primaire. Dans le premier prévaut la nature définie de la relation qui peut s'éteindre lorsque l'échange est consommé et une certaine équivalence dans la transaction. Le contrat salarial en est une bonne illustration : le travail est échangé contre un salaire, celui-ci étant calculé selon des critères objectivables. Plus généralement, le marché économique est un lien où les comptes sont in fine toujours « soldés ». Le système du don est basé sur d'autres logiques, celui-ci étant inséré dans une *triple obligation*. Mauss le définit ainsi : « on est obligé de faire des cadeaux, on est obligé de les accepter, on est obligé de rendre » (Fustier, p. 28). Il y a la nécessité de surenchérir la valeur du don initial pour maintenir ce lien qui oblige

²⁸ Titre inspiré de l'ouvrage de P. Fustier, *Le lien d'accompagnement, entre don et contrat salarial*, Ed. Dunod, Paris 2000.

mutuellement. De plus, ce qui est donné – au sein d’une institution par exemple – sous forme de bien matériel et/ou symbolique serait constitutif d’un *lien par étayage* qui peut être accueilli par les personnes destinataires ou leur faire violence, c’est selon, du fait de l’obligation d’accepter.

Si on peut symboliser les échanges humains par ces deux formes d’expression, dans la réalité, ceux-ci semblent « coexister, se superposer ou s’opposer » (Fustier, p. 9). Au niveau des institutions socio-sanitaires, cela tend à traduire deux postures archétypales pour les intervenants: la première, prédominante dans les systèmes basés sur la charité – bénévolat, engagement, authenticité – et la seconde ayant trait au travail social contemporain – rémunération, professionnalité, productivité.

Du côté des personnes aidées, la dualité des échanges – contractuel ou don ? – inviterait à l’interprétation : les actions de l’intervenant sont-elles régies par son cahier des charges ou expriment-elles aussi un don de sa personne? Qu’il s’agisse d’émotions, d’informations relevant de sa sphère privée, d’un lien singulier inscrivant la personne dans une position de sujet, ces différentes figures du don relèveraient toutes du « don d’individuation : elles manifestent à la personne prise en charge qu’elle n’est pas seulement un élément parmi d’autres, faisant partie de la catégorie des patients » (Fustier, p. 98). Fustier soutient qu’une certaine forme d’ambiguïté sur la nature des échanges prédisposerait aux contre-dons – de la personne à l’adresse de l’intervenant – que ce soit sous forme de changement, de reconnaissance ou de confidences. De plus, cette « *énigme d’autrui* », lorsqu’elle n’est pas résolue, laissant pour les usagers la question sur la nature des échanges irrésolue, favoriserait la constitution d’un espace d’élaboration psychique.

Conclusion

En ce qui concerne cette recherche, le modèle du lien d’accompagnement proposé et partiellement présenté dans ce chapitre permet de mettre en lumière une conception de l’alliance en tant qu’espace de collaboration. Ainsi, l’ambiguïté propre à la coexistence des deux sphères de socialité permettrait de construire un lien, prédisposant à la négociation et l’orientation de l’intervention vers une perspective émancipatrice.²⁹ Pourtant, cette ambiguïté pourrait également entraîner la confusion des rôles, le professionnel ne se situant pas clairement sur ce double registre, impliquant à terme le risque d’une « rupture brutale du lien de prise en charge » ou à l’extrême inverse, d’une « chronicisation bienheureuse » (Fustier, p. 110).

²⁹ On peut également faire l’hypothèse qu’elle favoriserait l’adhésion de la personne au projet du professionnel. Cette interprétation peut également illustrer la situation de Mme J..

4.6 Relations par étayage : dons et processus relationnel

Reprenons la situation de Mme J. et sa rencontre avec l'AS. D'une certaine manière, l'AS, dans sa colère, fait un *don d'émotions*. Celui-ci consiste en quelque sorte à porter envers la personne un *intérêt « privé »* : Mme J., renvoyant l'AS aux relations de type familiales ne s'y trompe pas. Pourtant, nous pouvons également supposer que ce don fait violence à Mme J. qui est dans l'obligation de l'accepter. Celle-ci, en échange se prépare pour son départ dans son nouveau lieu de vie. Le contre-contre-don consistera dans la visite rendue, quelques semaines plus tard, par l'AS, pour s'assurer qu'elle se porte bien.

D'autres témoignages révèlent des formes de don alternatives, prenons celui-ci : « *Moi, je pense que je suis très disponible, j'ai beaucoup d'humour, j'essaie d'être très très normale. Je pense qu'il y a quelque chose de ça. Je sais pas, il y a quelque chose d'authentique, voilà. De rigoler, de dire : « J'aimerais bien vous aider, donnez-moi un peu de travail, comme ça, je suis pas ici pour rien. Je suis payée pour être ici, vous voyez. » Je vais dire des choses comme ça, essayer de trouver la porte d'entrée (2).* »

« Je travaille ici, je suis payée » : disant cela légèrement et se plaçant à un niveau explicite dans l'échange de service, l'AS renverse la hiérarchie des rôles et se met justement en position de simple humain : c'est elle qui a besoin de l'usager pour pouvoir avoir du travail. « *Le renoncement à l'asymétrie du lien* » et l'humour constituent des formes de dons spécifiques, « *les dons d'individuation* » (Fustier, chapitre 7).

Dans un contexte tout autre, ce renoncement est tel qu'une usagère définit le rôle de l'intervenante comme étant celui d'un *ami professionnel*, ce qui semble assez illustratif de l'accompagnement proposé aux yeux de cette dernière (8). Mais elle relève aussi qu'il lui appartient « *de savoir garder un cadre professionnel, cette histoire de bonne distance est assez centrale* ». On ne se situe donc pas dans la confusion des rôles et malgré le cadre assez informel des interventions qui se construisent au plus près des demandes (être accompagné pour prendre le bus, pour chercher du courrier, faire de l'ordre chez soi, etc.), les relations ne sont pas de nature amicales, elles restent clairement situées dans le pôle professionnel.

Penchons-nous maintenant sur la pratique en milieu ouvert, afin de pouvoir approfondir cette idée de don et de voir quelle figure elle peut prendre lorsque les personnes se sentent désqualifiées de part les difficultés qu'elles rencontrent. Une des particularités de cette approche semble être le terrain sur lequel la relation se construit ; reprenons un extrait d'entretien pour

en témoigner : « Là, tu es sur leur territoire, ça, ça change par rapport aux interventions de l'hôpital ou en consultation. Tu es chez eux, que tu sois sur un banc public, que tu sois dans un bistrot, que tu sois en train de leur courir après dans le quartier. Tu es sur leur lieu à eux, tu n'es plus sur un lieu de soins (4). »

Un peu plus loin, il est question de créer le premier contact avec la personne : « Il faut pouvoir trouver un marche pied au départ, mais c'est pas celui du soin, ça c'est sûr. C'est : où est le besoin de la personne, qu'est ce qu'il identifie qui lui est insupportable sur le moment. Il y a toujours quelque chose qui lui est insupportable. C'est rare qu'il y ait vraiment rien. Ou après qu'il soit au point où, « non, non, vous ne touchez à rien ». Ça aussi c'est insupportable, quand à un moment donné quelqu'un vous dit, « non, non, ne touchez à rien ». « Mais alors, pourquoi est-ce que vous voulez qu'on touche à rien ? » Tu as toujours moyen de pouvoir crocher quelque part ».

Reconsidérons ces propos au regard de la symbolisation de « la vie quotidienne des personnes judiciairement protégées » proposée par G. Séraphin. Selon cet auteur, ce quotidien peut se traduire par un « triangle dont les trois côtés constituent des barrières, des filtres ou des portes dans leur rapport au reste de la société » : « le premier côté symbolise le puissant système de contraintes, certaines formelles (...), d'autres informelles (...). Le second (incarne) le « cadre anthropologique », c'est-à-dire ce qui semble constituer des constantes tant au niveau de la perception et de la conception de leur vie quotidienne (...), qu'au niveau du vécu personnel, du ressenti de cette vie (sentiment de honte, de décadence, de souffrance). Le troisième côté symbolise en revanche l'action (...), les tactiques (...) qui lui permettent par leur addition et leur fréquence d'accomplir ce qui semble souvent être un but ultime : la conquête et la reconnaissance de son identité » (2001, p. 19 – 21).

Situer ce qui est insupportable à la personne permet peut-être d'entrer en contact avec sa perception personnelle de son vécu et ce faisant pouvoir nouer un lien avec ses propres stratégies ou en d'autres termes, être partenaire dans sa quête identitaire. Pour pouvoir observer et poursuivre les hypothèses sur la nature de la relation, sur l'alliance qui peut se nouer entre l'intervenant et la personne, prenons la situation suivante :

G. est un homme en colère. Refusant les soins depuis quelques mois, son comportement et ses propos sont incompréhensibles et sa situation se détériore. Il est en conflit avec ses interlocuteurs et il est proche de l'expulsion de sa chambre meublée. Les entretiens avec son tuteur sont difficiles. Tous ces éléments conduisent le service à recourir à une aide extérieure. Une première rencontre s'organise entre le tuteur, G. et l'AS de l'équipe mobile durant

laquelle le tuteur explique à G. se faire du souci pour sa santé car il le sent en souffrance, mais ne sait pas comment l'aider. C'est pourquoi il lui propose qu'une personne de l'équipe mobile puisse voir avec lui ce qui pourrait lui être utile. G. souhaite demander la levée du mandat, il a pris rendez-vous chez son avocat et estime que la seule chose d'utile pourrait être de l'accompagner à ce rendez-vous pour l'aider à se faire comprendre. Le premier acte de l'AS consiste à accepter cet accompagnement. L'entrevue ne donne pas les effets escomptés par G., l'avocat refuse d'entrer en matière, indiquant que c'est à un psychiatre de se prononcer. G. se fâche, s'en va, puis revient, demandant à l'AS quand serait leur prochaine entrevue. La suite de l'accompagnement se déroule autour d'une demande écrite de levée de tutelle et par quelques rendez-vous fixés pour cet objectif. Petit à petit se noue une relation de confiance et de nouveaux projets émergent : des cours de français, des rencontres avec un infirmier en psychiatrie compatriote permettant à G. de s'exprimer dans sa langue maternelle, de nouvelles rencontres avec le tuteur afin que G. puisse exprimer ses attentes et qu'à sa demande, ce dernier lui laisse progressivement une plus grande marge d'autonomie pour des actes dont ils conviennent ».

Il semble que ce qui est constitutif du lien établi entre G. et l'intervenante est lié à l'entrée en matière de celle-ci sur son projet propre, sur sa stratégie d'action pour améliorer sa situation. Cela suppose donc de trouver une porte d'entrée qui « *ne sera certainement pas celle du soin* ». Ainsi, l'intervention s'initie autour de ce que G. a identifié comme étant problématique, le mandat de tutelle. Le lien semble être fondé sur la reconnaissance de sa perception sur son vécu, laissant les objectifs médicaux au sens strict de côté pour un temps. Il s'agira également pour l'intervenante de faire alliance avec les actes qu'il propose, de s'adapter à son rythme et de lui laisser l'initiative. Elle fait don de temps et de respect du rythme propre à sa personne. N'ayant pas d'autorité sur le mandat, elle peut accompagner G. dans sa quête, jusqu'à ce qu'il prenne progressivement conscience de ce qui l'éloigne encore de son objectif. A ce moment, il sera en mesure d'être à l'écoute des propositions de l'intervenante, en être même demandeur. D'une certaine façon, suivre G. dans ses pérégrinations constitue un don de reconnaissance fondamental de sa capacité à être acteur et en retour, G. peut être en demande d'aide sans se sentir disqualifié. Mais s'écarter de l'asymétrie des liens peut impliquer une interprétation du lien erronée de la part de la personne aidée, qui si elle n'est pas identifiée par le professionnel ou s'il se laisse prendre par cette « illusion », amène à la confusion des rôles et peut porter préjudice à la personne.

En même temps, pour la personne aidée, l'interprétation par le don favorise peut-être le renoncement à la méfiance. « *Quand on se rapproche, quand on laisse quelqu'un s'approcher, alors qu'on a mis toute son énergie à tenir tout le monde éloigné, je veux dire, quand même,*

c'est pas tout simple. » En réponse, lorsque l'intervenant est conscient que le cadre de la relation s'estompe aux yeux de la personne, celle-ci relevant toujours de la sphère secondaire, voici une stratégie possible sans lever frontalement l'ambiguïté :

« Donc on s'est mis à plusieurs, un de mes collègues de l'équipe mobile s'est aussi mis dessus, parce que c'est vrai que quand j'étais là dans cette situation où j'étais manifestement le seul élément où il arrivait encore à peu près à communiquer, il m'a un tout petit peu surinvesti aussi au niveau relationnel, donc, il faut aussi être un peu plus prudent et diversifier pour qu'on aie d'autres points de vue, pour que ça devienne pas trop collés, un peu de restrictions autres que celles que moi je peux faire... »

Cet exemple nous permet de revisiter des concepts introduits antérieurement, mandat contenu et mandat contenant, et de poursuivre l'analyse à travers le regard qu'ils permettent de porter sur les pratiques. L'article dont ils sont extraits postule que la transformation du premier au deuxième repose d'une part sur le dispositif et ses règles, notamment en ce qui concerne la répartition des rôles. D'autre part, ce serait à partir « de la capacité des acteurs (...) à fonctionner sur base de règles alternatives à celles que semble imposer le symptôme que peut émerger un espace de liberté, de prises de risque et de créativité aussi au sein du sous-système objet du mandat » (Hardy et al., 1997, p. 31).

Trois notions – le processus, le risque et l'intention – semblent se dégager de ce qui précède. En effet, la première indique une dynamique d'accompagnement qui comprend des interactions entre acteurs situés dans des pôles d'intérêts différenciés, potentiellement convergents ou divergents. On l'a vu pour G., ses intérêts ne convergent pas avec ceux qui fondent la mission de l'AS, du moins au départ. Il y a, dans le processus, également l'idée du jeu, dont il faut clarifier les règles, identifier les rôles et situer les enjeux, ce qui a pour fonction de structurer son déroulement. Si ces règles peuvent se clarifier au fur et à mesure de l'intervention, dans un contexte institutionnel fluide tel que le milieu ouvert, elles paraissent être très dépendantes des règles liées aux relations humaines. Penser l'intervention en ces termes implique la prise de risques : celui de ne pas strictement se limiter aux attentes sociales, d'accepter les contradictions et la nature imprévisible du résultat final. Enfin, dans toute intervention, il y a une intention. Si celle-ci se traduit dans la réalité par des actions manquant parfois de coordination, par l'incertitude et les régulations nécessaires entre acteurs, elle indique une orientation générale qui vise notamment à activer les compétences et à proposer une interprétation du contexte légal orienté sur la protection des marges de libertés.

Conclusion

Si cette lecture des missions d'accompagnement est explicite au niveau juridique, dans la pratique, cela se traduit par toute une série d'actes, certains étant à visée émancipatoire, d'autres étant dictés par la réalité du terrain, du temps à disposition et peut-être aussi des limites personnelles de l'intervenant. Les tensions inhérentes à ce champ d'interventions sont nombreuses, impliquant des mouvements relationnels jouxtant les frontières du pouvoir légitime des professionnels, dans des va-et-vient visant à construire une solution en prise avec la complexité des situations, au risque de voir émerger des conflits.

4.7 Injonction paradoxale et triangle dramatique de Karpman

Si aux yeux de l'usager, l'intervenant est énigmatique, l'inverse est également vrai en ce qui concerne notamment les motivations au changement. Dans le contexte d'une aide juridiquement prédéterminée ou non, lorsque les personnes acceptent l'aide des professionnels, sont parties prenantes de leurs propositions, voir même porteuses de projets, il y a lieu de supposer que l'accompagnement se déroulera sans heurts et qu'il portera des fruits. Pourtant, cette attitude peut également être stratégique, la personne cherchant à satisfaire les attentes des professionnels afin de mieux pouvoir se libérer de ces dernières. Se poseraient donc les questions de l'authenticité du désir de changement et de l'engagement dans un projet.

Lorsque la personne s'oppose à l'accompagnement, il peut s'agir de la faire adhérer aux propositions institutionnelles. Et si elle n'est pas en mesure de formuler une demande, l'adhésion pourrait être présumée. L'idéal, nous l'avons vu, se situerait dans une demande formulée ou un accord librement établi et authentique ; parvenir à cet objectif peut pourtant se révéler être un jeu à l'équilibre délicat. Si l'on prête attention aux nombreux auteurs qui se sont penchés sur l'aide sous mandat, le chemin serait même pavé d'injonctions paradoxales.

L'injonction paradoxale se caractérise par l'impossibilité de répondre aux demandes contradictoires contenue dans un message. Les professionnels ayant souvent mentionné le lien entre refus d'aide et rupture du traitement médical, prenons cet exemple pour illustrer cette notion. Les situations où le traitement peut être imposé sont limitées : en résumé, soit il y a danger imminent, soit la personne n'a pas le discernement pour se positionner sur cette question. Ceci implique par exemple qu'elle puisse être placée dans une chambre fermée sans recevoir un traitement médical lorsqu'elle le refuse. Dans les suivis ambulatoires, il ne peut être question d'imposer un traitement, les médecins ayant recours aux hospitalisations

lorsque la situation le nécessite. Pourtant, plusieurs intervenants mentionnent la difficulté d'aider une personne lorsqu'elle a besoin d'un traitement pour freiner les symptômes et qu'elle l'interrompt.

Prenons la situation de M., homme d'une quarantaine d'années suivi par une consultation ambulatoire. Le médecin, observant qu'il a des difficultés sociales, l'adresse à l'AS pour qu'elle effectue un bilan. Cette dernière lui propose un accompagnement qui va s'avérer problématique. Voici en quels termes l'AS perçoit les besoins de la personne et les difficultés relationnelles rencontrées : « *Alors, il avait des besoins en termes sociaux, mais ils étaient inaccessibles. Vous ne pouvez pas entrer en matière, tant qu'au niveau médical il n'était pas stabilisé.* » Donc pour qu'il soit en mesure d'accepter l'aide proposée, il doit prendre un traitement médical et pour cela, il faut qu'il accepte de le prendre, qu'il en ait la volonté.

Dans cet exemple, l'injonction paradoxale réside dans l'impossibilité de concilier la nécessité (il faut...) et la nature spontanée du désir (sincérité), celui-ci étant au fondement de la volonté. En effet, pour que cet homme puisse être aidé socialement, il faudrait qu'il souhaite ce changement pour lui-même et qu'il veuille un traitement médical, non pas pour faire plaisir aux intervenants ou répondre à l'injonction, mais pour améliorer sa qualité de vie... En d'autres termes, cela peut se traduire de la manière suivante : « je veux que vous vouliez ce changement dans votre vie, mais pour que celui-ci soit efficace et durable, il faut que ce désir soit sincère ». Il y a donc une contradiction qui pourrait piéger l'intervenant et la personne aidée dans un système relationnel que le triangle dramatique de Karpman permet d'illustrer. On peut en effet formuler l'hypothèse suivante : les injonctions paradoxales prédisposeraient aux jeux relationnels « dramatiques », les figures de sauveur, bourreau et victime mis en relief par l'analyse transactionnelle permettant de symboliser les postures et le registre relationnel qui en découlent.

Cette théorie, souvent utilisée comme support à des techniques de développement personnel, illustre le jeu « psychologique » dans lequel l'aidant et l'aidé se partagent des rôles. Tour à tour, ils peuvent glisser de l'un à l'autre ; ces rôles situés aux trois pôles d'un triangle seraient consécutifs de dynamiques interactionnelles découlant du « jeu de la dépendance ». La victime demande éventuellement de l'aide, mais ne souhaite pas vraiment être aidée. Elle s'adressera ou sera orientée vers une personne qui lui offrira son aide, mais la victime refusera ou mettra en échec toutes les propositions du sauveur. Ce qui finira par irriter ce dernier et le conduira à confronter la victime à ses contradictions, voir à le menacer des conséquences néfastes de son attitude, etc. Ainsi, de sauveur, il se transforme en persécuteur. Mais la

victime ne reste pas inactive, elle se rebelle et devient à son tour persécuteur. Lorsque l'aidant devient à son tour la victime, face à un persécuteur qui l'accuse de tous les maux, la boucle est bouclée (Corneau, 2003, p.190 – 193)). Analysons à présent la relation entre M. et l'AS au regard de cette conception du jeu relationnel.

L'AS propose un rendez-vous à M., sachant que ce dernier « vient sur les pattes arrière », le médecin le lui ayant transmis. M. a plusieurs petits emplois non déclarés. Ses employeurs semblent le payer de manière irrégulière et ses fiches salaires ne sont pas claires ; sa famille le soutient un peu financièrement. Il rencontre des difficultés de gestion administrative, a interrompu le paiement de sa caisse maladie et souhaite reprendre des études. Voici comment se déroulent les premiers contacts :

« Il est venu pas le bon jour, pas à la bonne heure, il n'a pas attendu au secrétariat, il est arrivée directement dans les bureaux ici, il s'est mise à taper dans les portes en disant que je n'avais qu'à le recevoir, même si ce n'était pas le bon jour. C'était moi qui m'étais trompée. Ça a très mal commencé. Et puis finalement, il est quand même revenu le bon jour à la bonne heure, mais très très réticent et puis ce qui était extrêmement difficile, c'était qu'à chaque fois que je lui ai proposé une solution, il m'a dit que je ne comprenais pas, que je ne savais pas, que je me rendais pas compte de ce qu'il vivait (3).

Concrètement, l'AS lui propose d'amener ses fiches salaires et divers documents administratifs pour compléter et mieux comprendre sa situation sociale. En ce qui concerne son projet d'études, l'AS essaie de le rendre attentif aux étapes qu'il a à effectuer avant de pouvoir faire la formation désirée. Là, M. part en claquant la porte ; ainsi se termine le premier entretien. L'AS le recontacte pour l'inviter à un autre rendez-vous et M. s'y rend, mais sans prendre les documents demandés par l'AS. Lors de cette rencontre et la suivante, M. fait part de ses difficultés à l'AS, lui racontant son parcours heurté par les échecs scolaires et sa colère vis-à-vis d'un système qui ne l'a pas compris. *« On a parlé de choses générales et puis quand on n'abordait pas des choses trop précises, ça allait. Il est venu parler en fait. »* Au bout du quatrième rendez-vous, voyant qu'en termes concrets il n'y avait pas eu de progression, l'AS re-définit son rôle auprès de M. : *« Je lui ai dit que c'était au médecin qu'il devait raconter tout ça, c'était pas à moi, mais que moi par contre, je pouvais l'aider, que c'était toujours d'actualité, dans les différents problèmes sociaux qu'il avait évoqués. »*

M. se fâche, s'en va, adresse des lettres incendiaires à l'AS et appelle le standard de la consultation en hurlant sa colère contre le médecin et l'AS. Cette dernière ne le revoit plus avant un entretien qui réunit M., l'infirmier, le médecin et l'AS, afin d'essayer de repartir sur

de nouvelles bases, de clarifier le fonctionnement pluridisciplinaire. *« Franchement, je n'y croyais pas trop, mais je me suis dit, c'est bien qu'il voie qu'on travaille ensemble, qu'on le laisse pas tomber et que finalement ses comportements, on peut les interpréter et on peut lui rendre quelque chose de tout ça. »* L'entretien se passe mal : *« Il a en fait déversé devant les autres sur moi, tout ce qui lui convenait pas, ce qui lui allait pas, extrêmement violent, à la limite de me taper, je me suis reculée et j'ai fini par sortir en lui disant que c'était pas constructif pour moi cet entretien, et pour lui non plus. Ce n'était pas acceptable qu'il se comporte comme ça et il hurlait aussi contre le médecin, c'était pas seulement contre moi, c'était son mode de fonctionnement, et puis après il a été en rupture. »*

M. vient voir l'AS, envoyée par le médecin, l'AS est en quelque sorte le sauveur qui peut aider M., la victime désignée, dans ses difficultés sociales. Mais M. rejette chaque proposition. S'il semble apprécier les échanges avec l'intervenante, il n'est pas prêt à approfondir les difficultés qu'il rencontre, celles-ci relevant à ses yeux uniquement de la responsabilité d'autrui. Lorsque l'AS met M. face à la réalité, que ce soit à travers les différentes étapes d'un parcours de formation ou la répartition des rôles professionnels, elle devient d'une certaine manière persécuteur, par le simple fait que la réalité est trop blessante pour M.. Se sentant victime de l'AS, M. se met en colère et devenant persécuteur, l'attaque à son tour. Puis il met fin au suivi, tant social que médical.

« On n'a pas de possibilité d'approche. Il ne veut pas se laisser approcher, un peu comme un animal terrifié. C'est un peu ça et toute l'agressivité, elle est sortie sur l'extérieur, pour se protéger. C'est comme ça que je me l'explique. (...) Je pense que c'est vraiment médical le problème principal. Tant qu'il est dans cet état, on peut pas entrer en relation et avancer dans les problèmes concrets. Donc, il a été hospitalisé un moment, par un médecin, de force, parce qu'il était vraiment trop violent, la police est intervenue, mais ça n'a rien donné, parce qu'en fait, il a été calmé par les médicaments trois jours, il s'est posé, et puis il est sorti. Et puis une fois qu'il était sorti, il était encore plus furieux contre nous, parce qu'évidemment, on lui avait fait ça, ça n'avait servi à rien et il refusait de continuer de prendre un traitement. Donc, je pense qu'il est dans la frange de patients pour qui on ne peut rien faire pour l'instant. Il n'est pas suffisamment en danger quand il n'est pas traité pour qu'on soit obligé de le traiter et puis il est vraiment de loin pas assez bien pour qu'on puisse travailler avec lui. »

La pratique professionnelle renvoie une image de la réalité difficile lorsqu'une personne ne veut ou n'est pas en mesure d'accepter une aide. Cela concerne bien sûr les personnes qui souffrent et pour lesquelles la vie semble être une lutte sans merci, sans relâche, mais c'est égale-

ment valable pour les professionnels lorsque intervenir ou ne pas intervenir est problématique. Et les limites ne sont pas uniquement relatives aux personnes, à leurs résistances, aux mécanismes de défense qui les protègent d'un côté, et leur portent préjudice de l'autre. Elles sont également inhérentes à la répartition des rôles, à la spécialisation des fonctions et aux modes de financement des prestations.

Faut-il ou non aller au devant des besoins identifiés alors qu'il n'y a pas vraiment de demande concrète, au risque d'une rupture de la relation ? Ou bien laisser advenir et rester simplement témoin des difficultés dans lesquelles la personne se trouve ? S'il est question de « bonne distance », entre le « trop loin » ou le « trop près », il ne semble pas y avoir d'intermédiaire dans cette situation. Les règles institutionnelles paraissent trop éloignées des possibilités d'action de M. ou de ce qu'il peut accepter comme contrepartie à l'aide. Venir le jour du rendez-vous, à la bonne heure, alors que la demande vient d'un tiers ; avoir face à lui plusieurs interlocuteurs, mais pas en même temps et distinguer les sujets du dialogue en fonction de leur spécialisation ; accueillir la réalité renvoyée par les intervenants, leur permettre d'approcher son intimité, alors que ce qu'ils représentent est étroitement lié à la perception qu'il a de lui-même... Ces situations peuvent être difficiles à vivre pour les intervenants, car elles renvoient à des sentiments d'impuissance ou d'échec.

Si pour l'instant, M. semble pouvoir poursuivre son chemin dans un équilibre précaire avec le soutien de ses parents, un événement, comme la perte d'un employeur, pourrait déstabiliser sa situation et l'amener à adresser une demande à l'aide sociale. A ce moment comment un lien pourrait-il s'établir entre l'institution et M. ? Parviendra-t-il à répondre aux exigences inhérentes à ce contexte, à construire une relation de confiance avec l'intervenant alors que son rôle comprend une part inévitable de demandes contraignantes, voir de contrôle ? Dans le cas contraire et en présupposant que cette difficulté porte préjudice à M. par rapport à son insertion sociale et à sa santé, qu'il n'est pas en mesure de veiller seul à ses intérêts, la solution envisagée pourrait éventuellement être une demande de tutelle. Mais quelle sera la répercussion de cette perspective sur le peu d'estime qu'il a de lui-même ?

Conclusion

Comment faire le lien entre le triangle dramatique et la problématique de ce travail ? Si ce lien n'est pas explicite, il semble avoir trait à la question du consentement et du parcours à effectuer pour que la personne et les professionnels aient les moyens d'entrer en relation, de partager un langage commun, de s'engager dans un échange par le don. Si cette possibilité est corrélée aux représentations qu'ont les personnes de l'aide proposée et de leur degré de confiance dans

les objets sociaux, elle semble impliquer une conception de la demande comme « *lien à construire* » (Rhizome, 2000, p. 1).

4.8 Le respect comme « entre-deux »

En mettant en valeur les motivations des professionnels à inscrire leurs pratiques dans un processus, sans nier pour autant les attentes de résultats, j'ai proposé à travers mon exploration une interprétation humaniste de l'action socio-sanitaire. Je souhaite à présent questionner ces motivations par le biais des valeurs qui sous-tendent l'action des intervenants.

Se référant à B. Bouquet, les valeurs seraient « l'interface entre notre intériorité (l'ordre des désirs) et le principe de réalité (le monde) et traduisent notre volonté d'action sur le monde et sur le devenir humain » (Bouquet, 2003, p.29). Dans cette perspective, les valeurs énoncées par les travailleurs sociaux donnent des indications sur les intentions qui habitent leurs pratiques lorsqu'ils accompagnent et soutiennent les personnes en souffrance psychique. Dans cette enquête, en tête de liste des valeurs mentionnées apparaît le respect. Le non jugement, la confiance, la dignité, la continuité du lien ou encore la croyance dans le potentiel de changement de la personne sont évoqués par les uns ou les autres, mais viennent le plus souvent à la suite du respect. Si le terme autonomie est, à ma surprise, peu cité, il émerge cependant implicitement des propos : « *L'accompagnement, c'est vraiment dans sa décision à lui, lui montrer aussi qu'il garde le pouvoir, qu'il garde la capacité de décider ce qu'il a envie de faire ou de pas faire* » ou encore : « *Bien situer notre rôle et l'autre comme acteur* ».

Mais que signifie concrètement la prise en compte de l'autre comme acteur ? La dernière situation proposée ci-dessous en illustration (de même que les précédentes) indique qu'il s'agit au préalable d'une posture professionnelle, elle-même sous-tendue par le regard qui est porté sur la personne.

L. est une jeune femme enceinte, séparée du père de l'enfant. Ayant interrompu son traitement médical du fait de sa grossesse, elle est hospitalisée. A son arrivée dans l'unité elle est méfiante, opposante, fuyante et refuse de parler aux soignants. Toutefois elle passe régulièrement dans le bureau de l'AS où elle mentionne des démarches administratives à effectuer sans vouloir entrer dans les détails pour autant. Elle demande aussi à l'AS sa sortie de l'hôpital; celle-ci explique le rôle de chacun dans une équipe médicale et renvoie la patiente vers le médecin.

L'AS a le sentiment qu'elle peut être utile à L., sans discerner précisément de quelle manière. L'accompagnement commence par une aide concrète à la rédaction d'une lettre destinée à remédier à un problème survenu dans sa vie quotidienne. Petit à petit, L. amène davantage d'éléments sur ses difficultés, notamment sur le plan administratif. Ensuite, elle se met à parler d'elle, de ses craintes liées à l'enfant à naître et plus particulièrement sur les prétentions de son entourage sur ce dernier. En effet, certains membres de son réseau primaire estiment que L. n'est pas en mesure de s'occuper de l'enfant. Comprenant petit à petit les éléments qui ont conduit L. à décompenser psychiquement, l'AS propose à L. une rencontre avec le service de protection des mineurs (SPMI), afin qu'elle puisse connaître ses droits et qu'elle ait du soutien à la naissance du bébé (2).

La présence d'un enfant à venir multiplie les enjeux de l'accompagnement de l'équipe médicale. L'AS le résume ainsi : *« On voit une femme qui va mal, mais qui fait au mieux et là, elle est enceinte. Puisqu'il y a un enfant à naître, on va se poser la question : mais cet enfant, est-ce qu'elle pourrait s'en occuper ? Et on entend déjà la discussion : « Qu'est ce qu'on va faire de l'enfant après la naissance ? Qu'est-ce qu'ON va en faire... ». En partant du présupposé des compétences potentielles de la mère et de sa capacité à être actrice de sa situation, le soutien du réseau peut offrir à cette femme des moyens lui permettant « d'être une mère adéquate » ou en d'autres termes « suffisamment bonne », les actions préventives constituant autant d'alternatives à la contrainte. Lorsque nous abordons la question des risques, l'AS réplique : « Oui, ça c'est le mot qu'on utilise tout le temps. C'est quoi le risque ? Mais même ça, je trouve difficile, parce que des risques, il y en a partout. (...) Parce que je trouve que ça fait partie de la vie, qu'aucune femme ne sait comment faire avec un bébé. Mais là, on regarde tout, on juge tout. (...) C'est comme si au départ ce n'est pas pareil. Elle n'a pas le droit à l'erreur et on interprète tout. (...) Comme si elle était en train de passer un examen tout le temps (...) et personne d'autre ne doit passer cet examen. Et elle doit le faire, parce qu'elle a une étiquette. »*

Au regard de ces réflexions et d'autres qui ont parcouru ce travail, il apparaît que trancher, décider si une mesure contraignante est légitime ou non, est un acte très délicat. En effet, si la mise en danger est parfois évidente, les mesures prises relevant dès lors d'une protection vitale, elle peut être parfois une possibilité à envisager, un risque à évaluer. Notre regard pourra-t-il rester impartial ou sera-t-il influencé par d'autres déterminants tels que la sécurité publique, une propension à contrôler les populations fragiles ou encore par un point de vue professionnel orienté vers les défaillances des individus plutôt que sur les compétences qu'ils mettent en oeuvre ? Le parti pris de la confiance dans le potentiel d'autrui implique bien évidemment des conditions objectives, des compétences individuelles associées à la vi-

talité de l'offre en matière de soins et de soutien, permettant aux personnes fragilisées de trouver des appuis et des alternatives.

Ainsi, dans la situation présentée, l'intervenante semble préférer la logique de la prévention à celle du risque, révélant la promotion d'un « partenariat à demande réciproque » (Rhizome, 2000, p. 6). En d'autres termes, ce partenariat engage la construction d'un espace situé dans l'« entre-deux », entre l'autonomie de choix et le contrôle social, entre la liberté individuelle et la sécurité de soi ou d'autrui.

Parallèlement, si les orientations de l'action professionnelle comprennent toujours une part d'ombre et d'incertitude relative à la dimension humaine du soin et de l'accompagnement, la notion de respect apparaît fondamentale dans la mesure où elle nous rend attentive au potentiel des personnes, de même qu'au pouvoir institutionnel qui peut biaiser l'évaluation. Cette valeur apparaît donc essentiellement comme étant l'acceptation de la personne « où elle en est », en tenant compte de sa trajectoire et des propositions qu'on pourrait lui faire dans la perspective de préserver ses marges de liberté. Ainsi, l'aide consisterait en des démarches concrètes, mais aussi dans le regard extérieur proposé : *« Des fois, [l'aide] c'est ponctuel, des fois, c'est un regard. C'est juste des fois ma différence aussi qui leur donne un espace de réflexion de nouveau (4). »*

Mais que l'autonomie ait été si peu nommée explicitement m'interpelle. En effet, cette notion semble problématique dès lors qu'elle révèle différentes acceptations et niveaux de lecture. Ainsi, elle recouvre notamment une définition juridique et médicale, synonyme de capacité de choix, de volonté en lien avec le discernement et le consentement. L'autonomie étant de ce fait indissociable des lois, cadres d'interventions des professionnels interviewés, l'attention sur la question de l'autonomie des personnes est peut-être de l'ordre du présupposé et de l'évidence qu'il n'est point besoin d'explicitier du moment où ne se pose pas de problème d'interprétation des lois.

Mais une deuxième interprétation est possible : étant conscients de la contradiction inhérente à leur action, qui normalise et émancipe à la fois, les intervenants préfèrent le terme de respect pour signifier qu'en dernier recours, c'est toujours la personne et son bien-être qui oriente ses actes.

L'autonomie, ainsi que nous l'indique C. Foppa (Gasser & Yersin, 2000, p.152), peut être comprise – lorsqu'on applique ce principe à l'extrême – comme une « anarchie individualiste ». Cette posture est proche des positions de Szasz qui considère toute intervention ex-

térieure comme étant illégitime, du moins tant que la protection d'autrui n'est pas menacée, ce qui déplace les enjeux sur la sphère pénale. La bienfaisance poussée à l'extrême relèverait elle d'un paternalisme médical où le corps professionnel se substitue à la personne dans ses choix « pour son bien ». La valeur du respect semble ainsi se poser dans l'entre-deux, entre des motivations professionnelles relatives au respect de la subjectivité et celles relatives à la protection des personnes et de la société ; le respect se situerait en d'autres termes à l'interface de l'autonomie et de la bienfaisance.

Conclusion

On peut émettre l'hypothèse que les décisions allant en faveur de l'autonomie de la personne sont valorisées dans les contextes socio-sanitaires denses en propositions et qu'une telle orientation constitue du côté des personnes aidées des enjeux pluriels. En effet, le lien qui peut être établi lorsque celles-ci identifient les institutions et les acteurs qui les constituent dans leur versant émancipateur et non seulement normalisant semble être déterminant au regard de la problématique de ce travail et des questions qui le sous-tendent. Et c'est notamment au travers des propositions des intervenants et leur motivation à construire avec les personnes des projets ajustés et orientés par une perspective « émancipatrice » – et ce en limitant au plus près des besoins le recours à la contrainte – que l'aide apportée pourra être perçue par ces dernières comme une ressource.

CINQUIÈME PARTIE : CHEMIN PARCOURU, LIMITES ET QUELQUES RÉFLEXIONS EN GUISE DE CONCLUSION

5.2 Les questions de recherche au regard de l'exploration théorique et empirique

La première question orientant ma recherche a été abordée dans une perspective macrosociale sous l'angle plus spécifique de l'histoire de la psychiatrie, de l'évolution des institutions et du droit et dans la perspective des liens interpersonnels. Considérant que cette évolution a donné naissance à la conception actuelle de l'alliance, la relation est à la fois le moyen et la fin de l'action. L'hypothèse sous-jacente tend à révéler l'attention grandissante des institutions socio-sanitaires au maintien des libertés fondamentales des personnes, notamment par le développement de la psychiatrie communautaire et la recherche de l'adhésion du public cible à l'offre proposée. Cette évolution comprend le partage de présupposés, consensus professionnels, portant sur la définition des troubles psychiques, mais également sur la nature indissociable du processus de changement et du consentement.

En d'autres termes, il est question de la perception qu'a l'intervenant de la personne prise en charge, de son rôle auprès d'elle, dimension qui s'intègre au construit social qu'est l'institution. L'institution peut être alors perçue comme étant le support des relations intersubjectives dont le but premier n'est pas la production mais plutôt l'aide « au maintien ou au renouvellement des forces vives d'une communauté en permettant aux êtres humains d'être capables de vivre, aimer, travailler, changer et peut-être créer le monde à leur image » (Enriquez, s. d., p. 1). Elle ne peut donc simplement être réduite à ses modalités organisationnelles, celles-ci étant la traduction concrète des différents « *systèmes culturels, symboliques et imaginaires* » (Idem, p. 5) qui sont à leur origine. Mais les institutions de soin psychique, entendues dans leur sens élargi intégrant l'action sociale, sont particulières dans la mesure où la « relation asymétrique demeure permanente et les individus soignés ne deviendront que rarement des membres actifs de ces institutions » (Idem, p. 6). Ainsi, la rencontre est caractérisée par la présence d'un professionnel, acteur et agent, dont les motivations se prêtent à l'interprétation et une personne vulnérable et dépendante, dont les besoins sont également sujets à des lectures différenciées. Et les différentes formes de contraintes – formelles et informelles – auxquelles cette dernière est soumise forment la trame d'un statut social dévalorisant et d'un projet d'insertion ambigu.

Dès lors, en quoi l'aide apportée par le TS consiste-t-elle ? Au travers de la deuxième question de recherche, j'ai en premier lieu exploré trois champs de pratiques professionnelles. De part l'inscription des intervenants sociaux dans des services aux missions différenciées, l'aide est apparue comme relevant de petits gestes, d'encouragements à la formulation de demandes et la recherche de propositions souples et adaptées aux regard des impératifs sociaux et des besoins singuliers. L'intégration d'une définition complexe des troubles psychiques implique du point de vue opérationnel d'associer et conjuguer l'offre en matière de soins et d'insertion : une des propositions concrètes adressée aux personnes en vue d'améliorer leur qualité de vie, notion étroitement liée à l'estime de soi, consiste à concilier ces deux axes. Ainsi, les pratiques en santé mentale se déploient sous forme de réseaux, aux niveaux d'interventions différenciés et articulés. Si l'interdépendance des liens institutionnels apparaît implicitement à travers les extraits d'entretiens, les limites des pratiques de réseau semblent corrélées aux principes mêmes qui les fondent : la spécialisation et la parcellisation. Dès lors se pose la question des articulations et des cohérences, tant du point de vue opérationnel que conceptuel, la mise en application de ces deux niveaux définissant un des enjeux de la santé mentale : la transversalité.

Afin de trouver des alternatives à des pratiques contraignantes tant du point de vue du vécu des personnes, de leur insertion sociale que sur le plan symbolique, les professionnels proposent aux personnes de participer à la construction de projets basés sur des compromis (enjeux privés / enjeux sociaux) et de les inscrire dans un processus en lien avec leur trajectoire personnelle et leurs affinités, ce dans le but de pouvoir augmenter leurs capacités d'agir sur leur propre vie. Mais cet objectif rencontre des limites en partie liées au contexte social, économique et politique dans lequel l'intervenant, l'institution et la personne sont inscrits et en partie corrélées aux difficultés de santé rencontrées par cette dernière.

De ce fait, la pratique professionnelle dans le champ de la santé mentale semble particulièrement imprégnée d'enjeux qui mettent en lumière les continuités du lien social, tout comme ses discontinuités, les potentialités de la société et des techniques contemporaines et leurs limites. Si par la diversité des modèles d'intervention, l'institution de soin psychique vise la permanence du lien à travers les réponses aux besoins primaires et secondaires des personnes, elle se confronte également aux problématiques sociales des sociétés industrielles contemporaines; le pouvoir d'agir des personnes et les pratiques visant à augmenter ce potentiel, l'empowerment, n'étant pas réductibles aux seules motivations des professionnels.

Du point de vue de la relation, le travailleur social serait face à son obligation d'interférer sur la liberté de la personne dans la perspective de l'aider et de sa conviction que toute évolution

ne pourra reposer que sur le désir de la personne elle-même. Cette contradiction est irréductible et si le TS peut être amené à solliciter un tiers contraignant, à savoir la justice ou le corps médical, ce ne sera qu'après avoir épuisé toutes les autres ressources possibles, ainsi que le prévoit la loi. Cette solution est donc « de derniers recours », plaçant l'intervenant face à une certaine forme d'impuissance. Du moment où le TS fait appel à une mesure contraignante, la perspective de construire une alliance serait reportée dans l'avenir, indiquant que la contrainte aurait partie liée avec un projet d'accompagnement qui s'inscrit non seulement dans un résultat, la protection des personnes et d'autrui, mais aussi dans un processus visant l'émergence d'une demande d'aide.

Dans les différentes situations présentées, j'ai cherché à mettre en évidence la construction de l'alliance entre l'intervenant et la personne accompagnée, ainsi que les limites ou obstacles que celle-ci peut révéler. L'analyse reste bien entendu partielle, ce pour des raisons inhérentes à la complexité même de ces relations et compte tenu des contextes professionnels et sociaux qui ont été évoqués. La question des liens explicites qui pourraient être établis entre les conditions de travail, les rythmes professionnels et les normes d'action et la transformation d'une aide imposée en une aide orientée par la subjectivité de la personne reste ouverte. En effet, les éléments liés à l'ancrage institutionnel de l'aide font partie des contraintes qui pèsent sur les professionnels, avec lesquels ils doivent conjuguer l'action qu'il développeront pour les personnes. C'est ainsi qu'ils pourront concilier le travail réel et les fondements éthiques de leur action.

La question de l'autonomie des personnes est centrale au regard de ma problématique, mais elle révèle des ambiguïtés. Si elle apparaît en tant que valeur sous-jacente aux pratiques professionnelles, les intervenants préfèrent d'un point de vue explicite faire appel à celle du respect. Cela révèle une posture imprégnée d'humilité qui embrasse les contradictions inhérentes à leur rôle, à savoir un rôle situé aux interstices de l'autonomie et de la bienfaisance. La valeur énoncée de respect semble par conséquent indiquer qu'à l'instar des métiers du soin, le précepte de ne pas nuire à la personne permet au professionnel du social inscrit dans le champ de la santé mentale de définir les alternatives, celles-ci se situant dans l'« entre-deux », dans une dialectique articulant la commande sociale à la subjectivité des personnes.

5.3 Limites

Les limites de ce travail sont nombreuses, je vais me contenter de mettre en évidence quelques éléments qui me paraissent particulièrement significatifs.

Tout d'abord, la construction de mon travail s'est appuyée sur des présupposés humanistes : confronter mes hypothèses de manière plus approfondie m'aurait permis de distinguer davantage ce qui tient lieu de discours ou d'intentions. Cela aurait pu par exemple se traduire par une exploration des conditions de vie objectives des personnes, de leurs trajectoires, sur les influences des offres institutionnelles sur leur qualité de vie, sur les différents domaines dans lesquels ils rencontrent l'aide contrainte et le statut social dans lequel ils sont renvoyés.

Il est évident que tous ces éléments n'auraient pas pu être développés dans un travail de cette envergure, mais je pense que mon attention aurait pu davantage être orientée par les éléments concrets et le type d'avenir qui sont proposés aux personnes.

Tout en soulignant cette limite, je pense que les concepts proposés ont été trop nombreux et que les liens entre les différentes parties ont donc été plus difficiles à établir. La problématique de mon travail n'a de ce fait pas toujours très clairement orienté le déroulement de mes réflexions.

Enfin, la question économique étant incontournable lorsque l'on cherche à distinguer les logiques qui sous-tendent les pratiques professionnelles, elle implique d'observer comment la rationalisation des coûts influence ces dernières et dans quelle mesure. C'est faire le constat de la forte dépendance des travailleurs sociaux au contexte qui les environne, question que j'aurais pu davantage souligner.

5.3 Du point de vue de ma propre pratique... et conclusion générale

Le parcours effectué durant ce travail a bien sûr débuté bien avant la formulation de son projet à travers ma recherche des enjeux liés à ma future pratique, mais aussi dans celle d'une posture professionnelle en adéquation avec les valeurs qui ont motivé ma formation. Je vais dans les propos qui vont suivre chercher à mettre en évidence quelques apprentissages liés à cette recherche exploratoire sur le plan de ma pratique professionnelle actuelle et dans une perspective plus large, sur les réflexions qu'elle a suscité par rapport la question de la liberté.

Mais avant de poursuivre, il me faut en premier lieu situer la perspective de mes propos et préciser mon implication professionnelle actuelle à l'aide sociale en tant qu'assistante sociale.

D'un point de vue opérationnel, si toutes les conceptions de l'aide que j'ai développé et valorisé à travers mes analyses sont le reflet d'une posture professionnelle que je revendique, je ne peux que faire le constat de la difficulté à les mettre en pratique. Cela ne signifie pas qu'elles ne peuvent pas se traduire sur les accompagnements que je propose, mon attention étant sollici-

tée par la question de concilier les attentes sociales sous-jacentes à la loi à laquelle je suis – comme les usagers – soumise et la subjectivité de ces derniers. En effet, tout en étant confrontée à des procédures qui vont orienter mes propositions, je pense rechercher toutes les brèches me permettant d’engager des dialogues, des actes, des projets qui s’inscrivent dans la perspective d’un processus ayant du sens pour les personnes. Et si je suis toujours attentive à formuler des demandes ou exigences que ces dernières sont en mesure de mettre en pratique, il est vrai que la nature des relations proposées ne peut être dissociée du cadre légal et institutionnel dans lesquelles elles se situent. De plus, la forme d’adhésion des personnes aux propositions et aux modes relationnels proposés sera également corrélée à ce contexte. Dès lors, il me semble important de toujours être attentive aux injonctions paradoxales que cela peut susciter, mais surtout à l’image d’elles-mêmes qui est renvoyée aux personnes lorsqu’elles ne répondent pas à l’image de l’individu contemporain socialement valorisé qui se reflète à travers les lois, à savoir un individu qui s’adapte, qui est indépendant et qui collabore. Car les valeurs sociales sous-jacentes à ces lois renvoient l’usager à l’image d’une personne dépendante et objet de suspicion quant à sa volonté d’être indépendant. C’est là où la question du respect vient s’immiscer, celle-ci impliquant que j’accepte que les personnes portent un regard cru sur ma pratique, n’adhèrent pas forcément à mes propositions, que la question de la collaboration soit négociée et explicitée et qu’enfin, malgré la pression du temps, que je recherche des moyens et développe des outils pour valoriser leur estime de soi et proposer un espace de réflexion en tant que processus.

J’ai d’autre part appris la nécessité de construire mon intervention en cohérence avec les autres professionnels présents dans une situation, quelque soit mon degré de participation, les besoins et demandes des personnes étant ce qui doit guider nos actions. Il me semble dès lors important d’être attentive aux conflits, souvent implicites, qui laissent une personne en suspens, ses intérêts et besoins étant masqués par des enjeux qui ne la concernent pas. Un moyen de prévenir ces situations me semble être de nous habituer à nous remettre en question, à partager nos savoirs, à identifier les limites de nos modèles d’intervention, de nos services et de nos compétences, afin de pouvoir identifier les ressources que l’on a à disposition et expliciter collectivement les enjeux de nos actions. C’est plus vite dit que fait, c’est évident.

Le dernier élément relatif à ma pratique concerne les dilemmes qu’elle implique. Il me semble d’une part important de nommer les contraintes auxquelles sont soumises les personnes et de les reconnaître, même lorsque ce sont mes propres actes ou attitudes qui sont pointées par ces dernières. Et d’autre part, lorsque je suis amenée à évaluer une situation, que les éléments que j’ai en main me placent sur le fil du rasoir, que le poids en faveur ou en dé-

faveur d'une prise de décision contraignante apparaissent équilibrés, chercher la solution qui respecte l'autonomie – entendue comme liberté de choix – de la personne me semble indispensable. En effet, cela me paraît être une condition incontournable pour permettre à nos actions de s'insérer dans un processus et ce en partenariat avec la personne, cette dernière étant dès lors davantage en mesure d'identifier notre rôle comme étant une ressource.

Car derrière tous les débats, les dilemmes et les enjeux qui se rapportent à la santé mentale se niche la question fondamentale de la liberté. Et si j'ai particulièrement apprécié l'engagement que celle-ci suscite chez de nombreux professionnels que j'ai rencontré, impliquant que cette question soit l'objet de réflexions et de recherches sur le plan des modèles d'intervention, ce terrain la met en lumière de manière spécifique du fait de la proximité du champ médical et juridique. Rapporté au travail social de manière plus générale, les perspectives semblent se renverser, ainsi que les définitions. Dès lors, comment la question de la liberté est-elle abordée dans le champ du social ? Qu'implique-t-elle au niveau de l'institution, cette forme collective de rapport social dont la finalité première n'est pas de produire, mais d'apporter des réponses aux besoins des individus, afin qu'ils puissent vivre, aimer, travailler, se reproduire, changer et transformer le monde à leur image ? Et dès lors, en quoi consiste la question de ne pas nuire à autrui lorsqu'elle se rapporte à ce champ ? Cette dernière question mérite, je pense, d'être l'objet de réflexions entre professionnels, au sein des institutions et à l'échelle des débats collectifs et se rapporte notamment aux ambiguïtés des sociétés contemporaines.

En effet, si les pratiques sociales développées en leur sein n'excluent plus les populations vulnérables en les enfermant et en les déplaçant hors des frontières sociales, les nouvelles formes d'exclusion se traduisent par l'attribution de statuts singuliers au sein même des collectivités. Tout en n'étant pas figés, ces statuts s'inscrivent dans la continuité, « substituant, en toutes choses et à tous les niveaux, l'idée d'entre-deux à l'idée de frontière », nous plaçant devant le constat permanent que l'autre, celui qui est pauvre ou malade, n'est pas très éloigné de ce que nous sommes, « en clair, nul n'est protégé radicalement de l'idée qu'il pourrait être lui » (Henry, 2005, p. 49). Cette perspective implique notamment deux alternatives sociales : celle qui oriente les actions vers le contrôle des populations ou celle qui active les solidarités de base. Mais cette remarque nous amène bien sûr à nouveau vers un paradoxe...

Par ces dernières paroles, je tiens à remercier chaleureusement toutes les personnes, professionnels et amis, qui ont participé à ce travail à un titre ou à un autre, pour le temps qu'ils ont mis à disposition, pour le partage des pratiques, des réflexions et la confiance témoignée.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages et articles parus dans des ouvrages collectifs

Autès, M., Les métamorphoses du travail social. In J.-N. Chopart (Dir.), *Les mutations du travail social : dynamiques d'un champ professionnel* (pp. 249-265). Dunod, Paris, 2000.

Barreyre, B. & Bouquet, B., *Nouveau dictionnaire critique d'action sociale* (2^e éd.). Bayard, Paris, 2006.

Bauman, Z., *Le présent liquide : peurs sociales et obsession sécuritaire*. Seuil, Paris, 2007.

Bouquet, B., *Ethique et travail social : Une recherche de sens*. Dunod, Paris, 2003.

Brulhart, B., *Du mal de Saint-Antoine à Belle-Idée : Deux siècles de psychiatrie à Genève, 1800 – 2000*. Georg, Genève, 2002.

Brulhart, B. (Dir.), *De Bel-Air à Belle-Idée : Deux siècles de psychiatrie à Genève, 1800 – 2000* (Tome 2). Georg, Genève, 2003.

Châtel, V. & Roy, S. (Dir.), *Penser la vulnérabilité : Visages de la fragilisation du social*. Presse de l'université du Québec, Québec, 2008.

Declerck, P., *Les naufragés : Avec les clochards de Paris*. Plon, Paris, 2001.

De Gaulejac, V., *Les sources de la honte*. Desclée de Brouwer, Paris, 1996.

De Gaulejac, V., *Qui est « je » ?* Seuil, Paris, mars 2009.

Dillmann, D., *Quotidien mon amour*. Labor et Fides, Genève, 2006.

Dorvil H., Les inégalités sociales en santé : Le cas spécifique de la santé mentale. In Dorvil H. (Ed.), *Problèmes sociaux : Théories et méthodologies de la recherche* (Tome 3, pp. 169 – 202). Presse de l'université du Québec, Québec, 2007.

Dumas, J., *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, De Boeck, Bruxelles, 2002.

Ehrenberg, A., *La fatigue d'être soi : Dépression et société*. Odile Jakob, Paris, 1998.

Ehrenberg, A., L'autonomie n'est pas un problème d'environnement, ou pourquoi il ne faut pas confondre interlocution et institution. In Jouan, M. & Laugier, S. (Dir.), *Comment penser l'autonomie ? Entre compétences et dépendances* (p. 219 – 235). PUF, Paris, 2009.

Foucault, M., *Histoire de la folie à l'âge classique*. Gallimard, Paris, 1972.

Fustier, P., *Le lien d'accompagnement : Entre don et contrat salarial*. Dunod, Paris, 2000.

Gasser, J. & Yersin, B. (Dir.), *Prescrire la contrainte ?* Médecine et hygiène, Genève, 2000.

Godbout, J. & Caillé, A., *L'esprit du don*. La Découverte, Paris, 2007.

Grossen, J.-M., Les personnes physiques. In *Traité de droit privé suisse*, T. II/2, Fribourg, 1974.

Hardy, G., *S'il te plaît, ne m'aide pas ! : L'aide sous injonction administrative ou judiciaire*. Erès, Paris, 2001.

Molinier, P., Vulnérabilité et dépendance : de la maltraitance en régime de gestion hospitalière. In Jouan, M., Laugier & S. (Dir.), *Comment penser l'autonomie ? Entre compétences et dépendances* (p. 433 - 458). PUF, Paris, 2009.

Narbel, N. & Richle S. (Ed), *Doués de folie : Récits à bascule*. Genève : Labor et Fides, 2006.

Séraphin, G., *Agir sous contrainte : Etre « sous » tutelle ou curatelle dans la France contemporaine*. l'Harmattan, Paris, 2001.

Sennett, R., *Respect : de la dignité de l'homme dans un monde d'inégalité*. Albin Michel, Paris, 2003.

Sybony, D., *Entre deux : L'origine en partage*. Seuil, Paris, 1991.

Szasz, T. S., *Idéologie et folie : Essais sur la négation des valeurs humanistes dans la psychiatrie d'aujourd'hui*. PUF, Paris, 1976 (original publié en 1973).

Zarifian, E., *Des paradis plein la tête*. Odile Jakob, Paris, 1994.

Zarifian, E., *Les jardiniers de la folie*. Odile Jakob, Paris, 2000.

Rapports

Dayer, P. (Prés.), Andreas, D., Bouvier, L., Bucher, J.-P., Godinat, G., Perret, G.-P., Sausure, C., Rodrik, A., *Situation de la psychiatrie adulte à Genève : Rapport de la commission d'experts*, Genève, 2000.

Piel, E., Roelandt, J.-L., *De la psychiatrie vers la santé mentale*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, France, 2001.

Bulletins, articles parus dans la presse, dans des revues spécialisées ou sur le web

Avenel, C., *La relation aux aides sociales « du point de vue » des familles bénéficiaires*. In *Recherche et Prévisions*, no 72, pp. 37 – 52, France, 2003.

Baudoux, S., *Aide contrainte ? Oui, mais... : De l'aide contrainte à l'aide mandatée négociée, pour une éthique d'intervention*. In *Résonances*, no 7, pp. 44 – 49.

Mesures de contraintes en médecine : Directives médico-éthiques de l'Académie suisse des sciences médicales. Bulletin des médecins suisses, No 50, pp. 2715 – 2722, Bâle, 2004.

Deleu, M. G., *Les grands principes de la réhabilitation psychosociale*, In *Défi Schizophrénie*, vol. 9, pp. 4 – 5, 2004, Belgique. In : <http://www.schizophrénie.qc.ca/FR/Defi/Articles/9-4Rehabilitation.html>, consulté le 20 juillet 2009.

Enriquez, E., *L'institution et la mort*. In : <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychologie/psychologie/mort.htm>, site consulté en juillet 2009. *

Habersetzer, T., *L'enfermement ou l'enrôlement dans les mots, la volonté de maîtrise efface-t-elle le sujet, l'objet ?* In *Forum*, No 114, pp. 3 – 12, 2006. *

Hardy, G., *L'aide contrainte : De la juxtaposition des spécialités vers la convergence et la complémentarité des compétences et fonctions*, Conférence, Lausanne, 2003. In : www.fjfnet.ch/feuille/FJF-SPJ_Conf_GuyHardy10.03.pdf

Hardy, G., Defays, H., Guerrekens, H., De Hesselle, C., Legrève, J., *Mandat et complexité*. In *Thérapie familiale*, No 1, pp. 25 – 31, Genève, 1997.

Henry, A.-N., *Le psychiatre et le « psy », opposés ou confondus ?* In Empan, No 58, pp. 47-55, Erès, Paris, 2005.

Khazaal, Y., Bonsack, C., Borgeat, F., *La contrainte en psychiatrie : Actualités et perspectives*. In Revue médicale Suisse, www.revmed.ch, No 7, pp. 515 – 517, février 2005.

Le Borgne-Uguen, F., *Tutelle familiale et tutelle d'Etat : Différents modes de soutien aux proches*. In Informations sociales, no 138, pp. 82 – 95, Paris, 2007.

Perrin-Heredia, A., *L'argent comme levier dans les situations de tutelle : L'expérience des « familles gouvernantes »*. In Informations sociales, No 138, Paris, 2007.

Regards croisés sur l'aide contrainte. Revue Dépendances, No 30, SFA/ISPA, Lausanne, décembre 2006.

Rhizome, Bulletin national santé mentale et précarité, No 2, 2000. In : <http://www.orspere.fr/-Rhizome->, consulté en septembre 2009.

Simondi, E., *L'accompagnement en travail social : un questionnement sémantique et épistémologique nécessaire à l'émancipation des sujets enfermés dans une relation institutionnellement prescrite*. In Forum, No 114, pp. 13 – 20, 2006.

Souffrance et troubles psychiques : rôle et place du travailleur social, Ministère de la santé et des solidarités, France.

In : www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/sante_mentale/travailleur_social.pdf, consulté en juillet 2008.

Documents audio-visuels

Bonnaire, S., *Elle s'appelle Sabine*, Documentaire, France, 2008.

Muxel, P., de Solliers, B., *Histoire autour de la folie*, Documentaire, Ed. Montparnasse, France, 2006.

Temps présent, *Tutelles et dépendances*, Suisse, 2007.

Temps présent, *Les internés administratifs*, Suisse, 1970.

ANNEXE : GUIDE D'ENTRETIEN

Déroulement

1. Questions générales sur le mandat du TS et ses spécificités, recueil d'éléments « objectifs » sur le contexte institutionnel et délimitation du rôle du TS
2. Exploration d'une situation concrète :
 - a) Mise en exergue d'éléments significatifs en lien avec la problématique
 - b) Déroulement de l'accompagnement, son orientation, moyens privilégiés
 - c) Exploration de la perception du TS de cette situation et, de manière plus générale, sur la situation des personnes souffrant de troubles psychiques + sa conception de son rôle

Stratégie

La première série de questions a pour objectif de situer la pratique professionnelle dans le contexte actuel de l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques. On peut faire l'hypothèse que les réponses à ces questions varient faiblement d'un intervenant à l'autre d'un même service et qu'elles peuvent constituer une base d'observation de la problématique à un niveau macrosocial.

Concernant la deuxième et troisième partie de l'entretien, partir des pratiques concrètes et m'orienter ensuite vers les représentations des TS me permettra de faire évoluer l'entretien de manière à avoir accès à « la subjectivité des acteurs » et non uniquement à un discours. D'autre part, croiser les éléments de réponse concrets et subjectifs permet une analyse propice à mon questionnement de recherche.

1. Première partie

Questions	Catégories de réponses / résultats
1. Décrivez-moi brièvement votre mandat.	Contexte et mission institutionnels, rôle du TS.
2. Quelles sont les procédures spécifiques à votre travail ?	Position du dispositif dans le réseau, contraintes et liens institutionnels (juridique, médical, etc.), types de mandat, genre spécifique dans le domaine du travail social, marge de manoeuvre.

3. Sur quels modèles d'intervention basez-vous votre approche ?	Type d'approches, aspects dominants des objectifs de l'accompagnement (administratif/financier, insertion/intégration, soutien psychosocial, vie quotidienne, résolution de problèmes, etc.
4. Concernant le type de population que vous accompagnez, quel volume représentent les personnes souffrant de troubles psychiques et de manière générale, dans quelles types de circonstances sont-elles orientées vers votre service ?	Degré de spécialisation, contexte des interventions, types de besoins ciblés par l'institution.
5. Comment se passent les 1ers entretiens ? Les personnes vous font-elles part de difficultés ? Si oui, lesquelles ?	Accueil, amorce relationnelle, postures des professionnels et des personnes aidées
6. Quel sont les modes d'accompagnements, la fréquence des rencontres et leur durée dans le temps ?	Lieux des rencontres, mobilité du TS, degré de proximité par rapport à la vie quotidienne et par rapport à la trajectoire de vie.
7. Qu'est-ce qui, de manière générale, vous paraît marquant dans ces problématiques ?	Regard du TS sur le contexte et/ou sur les difficultés spécifiques rencontrées par les personnes ou au sujet des accompagnements
8. Quels types de difficultés rencontrez-vous dans votre travail ?	Marge de manœuvre et ses déterminants

2. Deuxième partie

a) Je vous propose de penser à une situation récente dans laquelle la personne que vous rencontrez (et dont vous avez vous-même initié l'accompagnement) ne perçoit pas le besoin d'être accompagné, voir refuse la relation d'aide. Décrivez-moi dans les grandes lignes son parcours de vie, notamment sur les questions liées à sa santé et sa trajectoire du point de vue institutionnel.

Eléments recherchés : - Age, origine, nature des difficultés de la personne

- relation à l'institution : court terme/long terme, continue/ponctuelle ; nature et degré
- Degré d'autonomie
- Eléments sur la santé, effets sociaux des difficultés
- Du point de vue du TS, nature des difficultés liées à l'acceptation de l'accompagnement social

b)

Questions	Catégories de réponses / résultats
1. Remémorez-vous votre première rencontre avec cette personne. Comment vous y êtes-vous pris ?	Ce que le TS a cherché à privilégier avec la personne, ses attitudes. Type d'amorce relationnelle, sous-bassement de l'alliance
2. Comment avez-vous expliqué à la personne qui vous étiez, ce que vous étiez à même de faire pour l'aider, le sens de votre action? Concrètement, en quels termes ?	Auto-définition de son rôle et auto-perception du sens donnée à son action. Sens de l'accompagnement donné à percevoir à la personne. Eléments privilégiés : soutien, protection, qualité de vie, responsabilité sociale? Modalités d'accompagnement proposées : contrat basé sur projet défini en commun ou définition par le TS, etc.
3. Qu'avez-vous fait ensuite ?	Aspects privilégiés dans l'accompagnement, stratégies et objectifs du TS. – Actes effectués,
4. Qu'aviez-vous projeté de faire et qu'est-ce qui a été possible, concrètement ?	rapport au réseau - écarts éventuels entre projet et action concrète – sentiments que cela engendre (satisfaction et valorisation de chacun, déception, résignation...
5. Actuellement, quelle est la situation de la personne et votre suivi de cette situation ?	Résultat et évolution de l'accompagnement – régularité des rencontres, à la demande de quel interlocuteur. Axes privilégiés sur le continu.

C)

Questions	Catégories de réponses / résultats
1. Comment percevez-vous les besoins de cette personne ?	Regard et représentations du TS sur ses usagers
2. Comment établissez-vous une relation avec elle ? de quelle nature est cette relation ?	Stratégie relationnelle ; alliance ? Définition de la relation
3. Quelles stratégies adoptez-vous vis-à-vis d'elle ? 4. Cette personne vous fait-elle confiance ? pourquoi ?	Priorités du TS, sa perception des enjeux et dilemmes ; sens donné à l'accompagnement
5. Dans les accompagnements, quelles sont les valeurs qui vous semblent essentielles ?	Valeurs orientant l'action du TS
6. <i>Si l'autonomie est mentionnée</i> : Pour vous, l'autonomie, c'est quoi ?	
7. De manière générale, comment définissez-vous l'aide que vous apportez ?	Conception de son rôle et de son intervention en termes de sens
8. De votre point de vue, quelle place le dispositif d'aide et de soins donne-t-il à la personne <i>la personne sous aide contrainte ? la personne non compliant ?</i>	Regard du professionnel sur le contexte