



HAL
open science

Comment je tente de penser l'aller-mieux et la résilience?

Claude Martin

► To cite this version:

Claude Martin. Comment je tente de penser l'aller-mieux et la résilience?. Guérir, se rétablir, aller mieux en santé mentale et ailleurs, Association internationale des sociologues de langue française, Jan 2015, Lille, France. halshs-01169022

HAL Id: halshs-01169022

<https://shs.hal.science/halshs-01169022v1>

Submitted on 26 Jun 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Conférence clôture du Colloque « Guérir, se rétablir, aller mieux en santé mentale et ailleurs », Lille AISLF, 7-9 janvier 2015

Comment je tente de penser l'aller-mieux et la résilience

Claude Martin, DR cnrs

Le fil rouge de ces quelques mots sera de rebondir sur la question de la part de l'expérience dans la connaissance.

Je souhaiterais donc pour commencer m'excuser d'avoir pris le train en marche, même si j'ai tenté de le rattraper en suivant les lumières et en lisant un certain nombre des textes présentés ici et les résumés. Mais la vraie vie et mon souci de l'autre, en l'occurrence ma vieille maman hospitalisée il y a peu pour un infarctus rénal, a fait que je n'ai pas pu participer aux trois jours de votre rencontre. Mais si je suis ici, vous l'aurez compris, c'est que ma mère est en voie de rétablissement, de *recovery* lente.

Mais en vous priant de m'excuser et en évoquant ma situation privée, je rentre dans le sujet dont il a été question ici. En effet, en suivant et accompagnant le chemin de la vie de ma mère de 88 ans, je comprends bien à chaque instant en quoi il n'est plus question pour elle de guérir, ni pour moi d'espérer sa guérison, mais tout simplement d'aller mieux, de dépasser une fois de plus l'étape aiguë de l'accident vasculaire et de la menace de mort pour reprendre le fil de son existence et, éventuellement, de rebondir pour continuer à vivre. Au fil de ces épreuves, la vie s'écrit, l'expérience s'accumule et l'on continue de se transformer, et j'ajouterais, elle comme moi. Comme on dit : « la vie continue ».

Au-delà de son cas, dans cette dernière étape de l'existence, la question devient à chaque instant celle de l'évitement de la souffrance, de la douleur ; la question de la qualité de la vie quotidienne, tout au moins une qualité jugée acceptable compte-tenu des contraintes, de nos ressources (biologiques, économiques, relationnelles) (nos capitaux biologiques, économiques, sociaux pourrait-on dire aussi), mais une qualité qui dépend centralement des contacts, des liens sociaux, de la capacité de continuer de faire des choix, certes des choix accompagnés, négociés avec des tiers, mais des choix qui expriment libre arbitre et possibilité de décider en partie de son destin. Les maladies chroniques et la dégradation du potentiel de vie liées à l'avancée dans le grand âge sont un très bon analyseur de ce dont on a parlé dans ce colloque.

Je pourrais prendre d'autres exemples expérimentiels de l'approche proposée par ce colloque, comme celle de la souffrance psychique et de son expression lors du passage à l'âge adulte ; cette souffrance des jeunes dont il est manifeste qu'elle prend des accents particuliers pour la génération qui accède en ce moment à l'âge adulte. La question est de comprendre ce que cette manifestation de mal-être nous dit aujourd'hui à la fois :

- des liens entre expérience du sujet et conditions collectives, c'est-à-dire une souffrance non plus individuelle mais générationnelle ; en somme les liens entre des causes macrosociales, comme le destin partagé d'une génération confrontée à la crise, au chômage de masse, à la pression scolaire et à la crainte de l'échec et du

risque d'exclusion ; une pression elle-même relayée par les parents, les profs, les pouvoirs publics, les médias, toute une société dite déprimée ;

- ce que cette souffrance suscite d'ambivalence entre le regard qui relève à la fois, d'une part, de la compassion et du soutien porté sur certains jeunes et de l'autre de la crainte des menaces dont certains autres jeunes seraient porteurs.
- Mais nous dit aussi des effets de l'absence de réponse curative qui conduit à de très forts aléas dans les prises en charge selon les premiers guichets auxquels on (les jeunes, les parents, leurs proches) se confrontent (entre les professionnels de l'éducation nationale, la médecine de ville, la psychologie ou psychiatrie de ville, la psychiatrie hospitalière, etc.);
- Ce que cette souffrance nous dit encore des désaccords et controverses sur la nature du phénomène lui-même et sur son diagnostic. A quoi avons-nous affaire et comment éviter qu'on se limite à ramener à du connu ce qui peut-être exprime un phénomène inédit ?

Ce préambule pour vous signifier que je me suis senti parfaitement en phase avec le projet de ce colloque depuis son origine et par la manière de déplacer le regard de la centration sur la maladie et le *cure* vers l'aller-mieux, le rétablissement, la résilience, le rebond et du coup aussi sur le *care* et le prendre soin.

Mon approche de la santé mentale

Pour préciser un peu plus mon approche de la santé mentale et de son traitement, il n'est sans doute pas totalement inutile de vous faire part de mon expérience de formation qui s'est construite par un passage de la psychologie génétique ou du développement à la sociologie de l'action publique dans le champ social et sanitaire. Au cours de ce parcours, ma rencontre avec Robert Castel a joué un rôle important (Castel et Martin, 2012).

Sans l'avoir rencontré à l'époque de mes études de psychologie au début des années 1970, et suivant l'humeur anti-institutionnelle dominante de l'époque, parallèlement à mes stages à l'Hôpital Psychiatrique de Caen, je me suis intéressé à la promesse théorique et pratique de l'antipsychiatrie, surtout sa version italienne, avec les expériences de Gorizia et de Trieste et le rôle de Franco Basaglia et de quelques autres [Basaglia, 1970]. Il faut à cet égard rappeler l'importance qu'avait au milieu des années 1970 cette thématique de la folie et de son traitement, son impact dans le climat post-gauchiste de critique des institutions, jusqu'à déclencher parfois des formes plus ou moins romantiques d'exaltation de la folie.

Critique à l'égard de la vision apolitique dispensée par la vulgate psychologique dominante à l'époque, relativement méfiant face à cette fascination pour la folie et confronté comme jeune aspirant psychologue à la dureté du traitement asilaire, je trouvais dans le freudo-marxisme et dans l'expérimentation d'une alternative à l'HP, un moyen de nourrir mon appétit à la fois théorique, pratique et politique.

J'adhérais par exemple dans cette période de mon investissement juvénile des sciences sociales à des énoncés comme celui-ci de Franco Basaglia dans « L'institution en négation » :

« La polémique engagée contre le système institutionnel dépasse le domaine de la psychiatrie, pour atteindre les structures sociales qui les sous-tendent ; en nous obligeant à remettre en cause la neutralité scientifique – inféodée aux valeurs dominantes – elle se mue en critique et en action politiques. » [Basaglia, 1970, p. 7].

En analysant le rôle d'un grand nombre d'agents du social et du sanitaire qualifiés à l'époque de « fonctionnaires du consentement », ces écrits ont largement contribué à définir une posture critique sur ces institutions et fonctions de réparation, de cure, de soin et de « fausse sollicitude », comme le disait encore Basaglia [Basaglia, 1980].

Ma relation avec tout cela était bien sûr essentiellement livresque et théorique, mais elle résultait aussi très concrètement du simple fait d'appartenir à cette génération dite de la contre-culture, fascinée par l'utopie d'une libération du sujet, considérant que révolution personnelle et révolution sociale allaient de pair, une génération en quête d'émancipation, mais aussi d'un désir de comprendre les freins à cette émancipation, la part d'illusion de cet idéal de libération du sujet, en somme ses conditions de possibilité.

Il m'a semblé retrouver dans le texte de Paula Brum-Schäppi un écho ou une sorte de revival de cette époque, lorsqu'elle présente le mouvement anti-asilaire dans une antenne de Rio, un peu comme si ce type de préoccupations trouvait ailleurs ses propres prolongements, sans bien sûr nécessairement repasser par les mêmes formes exactement que celles adoptées par les expériences italiennes.

Penser le rapport entre lien social et bien-être

La perspective adoptée dans ce colloque et dans nombre de contributions me semblent également en phase avec le projet que je développe dans le cadre de la chaire que j'occupe à l'EHESP sur la thématique du *Social care* ; ce que nous avons proposé de traduire par l'expression « lien social et santé » (on aurait pu et peut-être mieux fait de dire bien-être). Dans ce cadre, nous tentons avec quelques collègues de contribuer à la réflexion sur la contribution des liens sociaux au bien-être des personnes ou, pour le dire encore autrement d'analyser le caractère protecteur des liens sociaux. Nous avons proposé au tout début des années 1990 avec Robert Castel de parler de « protection rapprochée », dans une formule peut-être un peu maladroite, pour évoquer cette protection assurée par les proches contre les risques de l'existence.

Il s'agit en quelque sorte de faire allusion à un type particulier de ressources que sont les ressources relationnelles, ce que nous avons qualifié de capital relationnel (pour le distinguer du capital social qui renvoie aussi bien aux inégalités d'influence ou au déclin de l'engagement civique avec des références allant de Bourdieu à Putnam en passant par l'analyse des réseaux sociaux). En somme, nous proposons d'étudier le rôle de nos relations de proximité (relations familiales, relations de parenté, relations de voisinage et de communauté) pour affronter telle ou telle épreuve et leur articulation avec les prises en charge plus formelles et institutionnelles, et notamment les épreuves liées à la maladie, qu'elle soit physique ou mentale, soignable ou chronique, au handicap, qu'il soit encore une fois physique, mental et/ou social.

Notre démarche rejoint aussi de très nombreux travaux contemporains qui interrogent le *welfare* non plus seulement sous l'angle du revenu et de l'accès à des biens et services matériels, mais aussi en mobilisant de nombreux autres concepts comme: le bien-être, la qualité de vie, l'*agency* (pour désigner la capacité d'agir et de faire des choix), le bonheur, les capacités, le capital social. Un des enjeux étant de penser ensemble l'interaction entre soutiens formels et dits informels, professionnels et profanes, rémunérés et non-rémunérés.

Dans le bilan qu'elle dresse sur la notion de Welfare, Mary Daly, une chercheuse avec laquelle j'ai le plaisir de collaborer depuis de nombreuses années, distingue deux approches théoriques du bien-être subjectif, en particulier dans la sphère de l'économie: une perspective individualiste –hédoniste- centrée sur le bonheur, et une perspective relationnelle, centrée sur le bien-être.

Le calcul du Bonheur national brut proposé en 1972 par le roi du Bhoutan ou encore le paradoxe de l'économiste Easterlin qui soulignait au milieu des années 1970 que le niveau de bien-être n'avait pas augmenté aux Etats-Unis alors que le niveau de revenu moyen avait doublé, sont emblématiques de la première perspective, centrée sur la question du bonheur. Cette question a connu récemment un nouvel élan dans le milieu des économistes, notamment à partir de la critique de nos indicateurs classiques de développement, et notamment le PIB.

Pour la deuxième orientation, l'important est le fait de réunir les conditions de réalisation de son potentiel pour une vie bien vécue, (réalisation de soi, actualisation de soi). En ce sens, le « bien-être » rime avec 'bien-vivre', combinant autonomie, auto-détermination, capacité de choisir pour soi et moyen d'atteindre ses objectifs, ses attentes en réunissant les conditions de possibilité de cette autonomie. Ces approches s'inspirent également de la notion de capacités développée par Amartya Sen : en somme, la liberté qu'ont les individus de faire ce qu'ils veulent et d'être ce qu'ils veulent être.

Dans tous les cas, on perçoit que le niveau de revenu est considéré comme une condition nécessaire mais non suffisante pour appréhender le bien-être et que le point de vue des personnes prend une importance capitale, d'où d'ailleurs la nécessité de travaux qualitatifs approfondis prenant au sérieux le point de vue des sujets.

Ces concepts manifestent un tournant pour une meilleure prise en compte du bien-être subjectif, ressenti par les intéressés. Bien sûr, cet accent mis sur le bien-être subjectif pourrait se limiter à un tournant individualiste, alors que l'enjeu est plutôt, selon nous, de reconnaître la nécessité de penser ensemble l'individuel et le collectif, le subjectif et l'objectif, recoupant une tradition sociologique à laquelle je me réfère, qu'il s'agisse de la notion de « configuration » chez Norbert Elias ou celle de « support » chez Robert Castel.

Ce qu'il faut contribuer à penser ensemble, est précisément la dimension individuelle et la dimension sociétale ; en somme le fait, comme le dit si bien Robert Castel, que pour être des individus individualisés, il faut des supports. Pour le dire avec ses termes, voici la manière dont il évoquait son projet :

« D'emblée, j'ai rêvé à un programme de recherches sociologiques qui établirait un système de strictes correspondances entre ce qu'un sujet social vit au plus profond de son expérience personnelle et les conditions qui lui sont imposées par son époque historique et par sa position sociale (et nous pourrions ici ajouter et par ses épreuves). Non pas pour réduire la subjectivité individuelle à des déterminations objectives, mais au contraire pour montrer que les pesanteurs de l'histoire et des contraintes sociales sont intériorisées par les sujets que nous sommes jusqu'à constituer la trame de nos affects les plus personnels » (Castel, dans Castel et Martin, p. 16).

Le bien-être comme fonction des relations sociales

Pour des sociologues ou des politistes, cette conversion aux capacités est sans doute moins radicale que pour les économistes. En effet, la sociologie privilégie depuis ses pères fondateurs l'interrogation sur le lien social, c'est-à-dire la manière dont les relations sociales sont le véhicule de notre capacité de vivre ensemble, de nos normes et valeurs, au travers du processus de socialisation, de nos apprentissages et de nos expériences.

Mais, comme pour l'économie, la question des capacités permet de dépasser le poids des déterminations sociales, cet ensemble de contraintes qui fait de l'individu un être agi par les contraintes, le résultat d'un faisceau de déterminations sociales et collectives.

Pour prendre un exemple de ce type d'orientation, on peut mentionner le travail collectif mené sous la direction de deux professeurs d'Harvard, Peter Hall et Michèle Lamont, et intitulé *Successful societies* (2009), travail dans lequel ils se demandent comment les institutions et la culture influencent la santé, ou un autre qu'ils ont consacré ensuite à la résilience sociale (et non pas individuelle) (Hall, Lamont, 2013).

Ces auteurs prennent acte du constat établi par les spécialistes du champ biomédical qui insistent sur les effets considérables joués par les émotions négatives comme la dépression, le ressentiment, l'anxiété et le stress ou le sentiment de pression sur l'état de santé, quelles que soient les causes de mortalité, ce que l'on englobe généralement dans la composante psychosociale. Une fois encore, tout en reconnaissant le rôle majeur des inégalités économiques pour expliquer les inégalités de santé, ces auteurs insistent sur le fait que la richesse matérielle n'explique pas tout et que les relations sociales, à différents niveaux (les relations entre proches, au sein de la communauté de vie, de la communauté de travail, mais plus largement les relations sociales et politiques), interviennent sur l'état de santé, pour l'améliorer ou l'entraver, sans que l'on parvienne à identifier clairement comment ces différents niveaux s'enchevêtrent pour agir. Ils soulignent ainsi de nombreux paradoxes et à nouveau le rôle des capacités des personnes de faire face et de donner sens aux épreuves de l'existence, en mobilisant d'autres ressources que les seules ressources économiques.

Pour ces auteurs, l'usure de la vie quotidienne dépend de l'équilibre entre l'ampleur des épreuves imposées par l'existence et les capacités pour y répondre, dans lesquelles s'articulent les ressources matérielles, bien sûr, mais aussi l'accès à des ressources sociales (avoir des proches, des supports dans sa communauté), mais aussi le sentiment de sécurité acquis durant l'enfance, la capacité à coopérer avec autrui, la capacité à donner du sens à ses expériences (*meaning-making capacities*), la capacité de se mobiliser collectivement, en particulier pour faire pression sur les décideurs publics et obtenir une reconnaissance de leur condition (d'où la logique mouvementiste).

Plusieurs dimensions fondamentales contribuent donc au bien-être, y compris un bien-être approché par des indicateurs aussi basiques que l'espérance de vie ou le taux de mortalité : l'étendue et la densité des réseaux sociaux, l'implication dans la vie associative et dans la cité, la reconnaissance sociale, la position dans les hiérarchies sociales, mais aussi l'accès à des récits collectifs qui organisent les liens symboliques et ces hiérarchies culturellement construites.

Mais ce travail collectif insiste aussi sur le rôle des institutions et des réponses fournies par les politiques publiques comme soutien aux capacités, d'où d'ailleurs la nécessité des comparaisons internationales, qui représentent un outil et une démarche de recherche incontournable.

Dans l'ouvrage suivant qu'ils ont coordonnés : *Social resilience*, ces mêmes auteurs prolongent l'interrogation en se centrant sur la manière dont les individus de différentes sociétés et nations ont fait face aux effets de la crise financière et à l'intensification du néolibéralisme. Leur sujet n'est donc pas en tant que telle de saisir quelles ressources individuelles mobilisent les personnes pour faire face aux épreuves, mais plutôt la résilience des sociétés elles-mêmes, un peu comme si une société tout entière mobilisaient des ressources collectives (supports sociaux et répertoires culturels) pour faire face à de telles contraintes et crises. Les travaux sur la situation des pays du sud de l'Europe après le crash financier, tout particulièrement la Grèce et l'Espagne sont à cet égard indispensables pour saisir cette résilience collective et ses limites.

C'est à ce niveau que l'on rencontre aussi la question du *Care*, cette notion, récemment mais fugitivement mise sur le devant du débat politique en France, avant de retomber dans l'oubli médiatique; une expression que l'on peut proposer avec d'autres de traduire par sollicitude ou souci de l'autre, dans une société d'individus (Martin, 2007). Dans son ouvrage intitulé *Care, Moral boundaries*, traduit en France, Joan Tronto distingue ainsi quatre composantes et étapes du *care*: *caring about* (se soucier de), *taking care of* (s'occuper de, prendre en charge), *care giving* (prendre soin) et *care receiving* (recevoir le soin). Dans cet ouvrage, Tronto défend le caractère à la fois universel et fondamental du *care* pour penser les sociétés humaines. Elle écrit ainsi:

« Chacun de nous commence sa vie dans un état de complète dépendance et beaucoup d'entre nous feront à nouveau, d'une manière ou d'une autre, l'expérience de la dépendance au cours de leur vie; et nous ne cessons de prendre soin de nous-mêmes. Le *care* correspond ainsi à la fois à une capacité d'agir et à une passivité; il implique que l'on soit acteur, mais aussi objet des actes des autres...

Elle souligne encore: « L'univers du *care* est souvent associé aux femmes, aux personnes de caste, de classe et de statut inférieurs, aux travailleurs, aux groupes racialisés et aux autres groupes ethniques, religieux ou linguistiques méprisés: ceux qui sont le plus souvent exclus de la politique... Reconnaître l'importance du *care* doit permettre de réévaluer les contributions apportées aux sociétés humaines par les exclus, les femmes, les humbles » (p. 15).

Reprendre la question de la place respective des savoirs profanes et scientifiques

Pour conclure, je souhaiterais souligner encore un point développé par plusieurs papiers dont j'ai pris connaissance, et en particulier par tous ceux qui rendent compte de l'expérimentation des pair-aidants en psychiatrie. De telles expérimentations, recherches-actions, quelle que soit la manière dont on les qualifie, font incontestablement une place

bien différente au sujet (résilient) et à son expérience dans la production des savoirs et des interventions.

En prenant davantage au sérieux la question de l'expérience vécue par les intéressés pour non seulement en comprendre quelque chose mais surtout pour en faire quelque chose pour « aller mieux », ces démarches se décentrent de l'étiologie d'une pathologie, pour aborder l'expérience de la pathologie. On connaît dans certains domaines du soin, l'importance et le caractère incontournable de cet aspect expérientiel. C'est le cas par exemple pour tous ceux qui, cliniciens ou non, se préoccupent de la question de la douleur. Il n'y a en effet aucun autre moyen de se faire une idée de la douleur, de son niveau et de son évolution, que de tenir compte de ce qu'en dit ou exprime l'intéressé, le sujet. La douleur est une expérience dont les tiers tentent de se faire une idée pour agir et appréhender la pertinence de leurs stratégies de prise en charge.

Donner toute sa place à l'expérience signifie aussi, et en conséquence, modifier les relations entre savoirs savants et savoirs profanes, ce qui revient à repenser à nouveau frais la question de l'objectivité, de l'objectivation et la subjectivité dans la production du savoir. De ce point de vue, j'ai été très sensible aux propositions de Lise Demailly dans sa présentation, car je crois, moi aussi, que nos processus de production de connaissance et nos savoirs sont profondément inscrits dans un temps, une époque, un moment. De ce point de vue, il suffit de durer, et de penser rétrospectivement aux temps vécus de cette relation entre savoirs objectifs et savoirs expérientiels pour prendre la mesure des changements à l'œuvre. Il est ainsi manifeste qu'un monde sépare la manière dont nous avons pensé cette relation dans les années 1970 et 1980 et ce qu'il en est aujourd'hui, dans le champ de la sociologie mais aussi, bien plus largement des SHS.

Le processus et l'évolution de cette relation n'est d'ailleurs probablement pas unidirectionnelle. Tout comme le défendait Elias, le procès de civilisation peut être émancipateur, mais il peut aussi revenir en arrière. Rien n'est écrit une fois pour toute. On pourrait ainsi faire l'hypothèse que le souci de la preuve fondée sur la science, autrement dit le souci de l'objectivité qui fut un temps remplacé par l'objectivation d'une subjectivité première reprend du poil de la bête. La montée en puissance de l'évidence, ou de l'*evidence-based* est une expression de ce retour en force du besoin de preuve incontestable. Un besoin à la mesure sans doute de l'insécurité que génèrent le doute et le relativisme ambiant. D'émancipateur, le doute serait devenu déstabilisant et la preuve une véritable réassurance.

En tous les cas, je remercie Lise pour sa confiance et son invitation et je vous remercie vous tous pour votre écoute et votre patience. Je crains qu'en quittant cette bulle de réflexion, nous retrouvions un monde très difficile avec de nouvelles prises d'otages en cours et des menaces pour la liberté de penser et de s'exprimer.

Bibliographie

Castel, R., Martin, C. (dir), 2012, *Changement et pensée du changement. Autour de Robert Castel*, Paris, éditions La découverte (2^{ème} édition augmentée en 2014).

Daly, M., 2011, *Welfare*. Cambridge, Polity Press.

Hall, P., Lamont M. (eds), 2009, *Successful Societies. How Institutions and Culture Affect Health*. Cambridge, Cambridge University Press.

Hall P. A., Lamont M. (eds.), 2013, *Social Resilience in the Neoliberal Era*, Cambridge, Cambridge University Press.

Martin, C., 2007, « Le souci de l'autre dans une société d'individus », in S. Paugam (dir), *Repenser les solidarités au 21^{ème} siècle*. Paris, PUF, p. 219-240.

Paperman, P. Laugier, S., 2005, *Le souci des autres. Ethique et politique du care*.

Tronto, J. C., 1994, *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*. Londres, Routledge.