



HAL
open science

De la prise en charge psychiatrique au souci public de santé mentale

Christian Laval, Emmanuel Renault

► **To cite this version:**

Christian Laval, Emmanuel Renault. De la prise en charge psychiatrique au souci public de santé mentale. Actes éducatifs et de soins 2010, Jun 2009, Nice, France. halshs-01177312

HAL Id: halshs-01177312

<https://shs.hal.science/halshs-01177312v1>

Submitted on 22 Nov 2021

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.

De la prise en charge psychiatrique au souci public de santé mentale

Christian Laval

Docteur en sociologie, Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité - ONSMP, Observatoire Régional Rhône-Alpes sur la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion - ORSPERE

Emmanuel Renault

Philosophe ,agrégé et docteur en philosophie Maître de conférences à l'ENS Lettres et Sciences humaines de Lyon et membre du comité de rédaction de la revue le **Passant Ordinaire**

Cet article s'intéresse aux recompositions contemporaines du soin psychique dans un double contexte d'extension du souci public de santé mentale et de pluralisation des dispositifs de soins psychiques dans la cité. Son objectif est d'analyser quelques-unes des dynamiques qui conduisent certains intervenants engagés dans différentes arènes locales à percevoir autrement leur fonction dans les institutions, leur mission dans la société, la nature des atteintes psychiques et de la maladie mentale, les différentes formes de la nouvelle question sociale, et les enjeux liés à la pluralisation des dispositifs qui sont eux-mêmes indissociablement liés aux enjeux de métiers. Nous proposons de distinguer analytiquement professionnalité et métier. La professionnalité est mobilisée comme point de vue critique sur les cadres institutionnels associés aux métiers et comme orientation normative dans les pratiques aux marges des institutions. Si le thème de la remise en cause des professionnels est consubstantiel au thème du souci public de la santé mentale et à celui de la professionnalité, il peut tout aussi bien justifier une valorisation du travail du « care » et de l'engagement social, que légitimer une précarisation des métiers et des services au public. C'est à ce point précis que la vigilance s'impose aux acteurs.

agir créatif, arènes locales, professionnalité, santé mentale, souci public

« Je résume ma pratique et mon savoir-faire : utiliser toute médiation possible. Qu'importe la médiation pourvu qu'on arrive à créer du lien. Ca peut passer par une radio, une ordonnance, un avocat pour aider à divorcer ou à obtenir un statut de réfugiés [...] pourvu que l'on arrive à créer un lien, je me fiche de la médiation. A partir de là, je peux créer un groupe théâtre, comme je vais le faire dans quelques semaines ; je peux monter un site internet [...].

La médiation m'importe peu à partir du moment où l'on a réussi à créer un lien avec la personne à la rue »

Psychiatre - équipe mobile psychiatrie, Paris

Sous nos yeux, un champ d'intervention plus vaste que le soin psychiatrique est en constitution¹. Une localité, un bassin d'emploi, une communauté de commune, un quartier

¹ La réflexion proposée par Emmanuel Renault sur les souffrances sociales fait écho aux différents travaux en collectif de recherche effectués ces dernières années par Christian Laval sur la souffrance psychique à la limite des institutions du travail social et de santé mentale dans le cadre de l'Observatoire national sur les pratiques en santé mentale/précarité en collaboration avec d'autres sociologues de Modys – Lyon 2 qui ont aussi nourri cette réflexion. Le réseau réflexif de praticiens et de cliniciens que constitue l'Onsmp est un lieu d'observation privilégié concernant les mutations en cours dans le champ de la santé mentale. Cette contribution à deux voix est issue d'une collaboration commencée en 2004 (C. Laval, E. Renault, « La santé mentale : une préoccupation partagée, des enjeux controversés », in J. Furtos, C. Laval, *La santé mentale en actes. De la clinique au politique*, Erès, Toulouse, 2005) et poursuivie depuis lors entre les deux auteurs dans ce cadre propice à

peuvent devenir des espaces où se construisent des analyses et des interventions multiples dont le point commun est une entrée en termes de « santé » : conseil local de santé mentale, réseau santé précarité, équipes mobiles, chantiers d'insertion, consultation psychologique pour les bénéficiaires de programme d'insertion, points écoute, ateliers bien être. De fait, de nombreux intervenants de la relation à autrui venant de la psychiatrie, de l'insertion, du travail social, de l'économie solidaire, de la Politique de la Ville, du logement social s'engagent dans l'invention de dispositifs dans un entre-deux : à l'intersection du sanitaire et du social, de l'individuel et du collectif, de la clinique et de la santé publique, du cure (ou du curatif) et du *care* (ou du prendre soin). « Portés » par des acteurs locaux divers, ces dispositifs se réunissent sous le sceau de la santé mentale en train de se faire au quotidien. L'analyse de l'action publique se déporte alors sur les professionnels en action, sur leurs efforts, leurs embarras et leur inquiétude.

En insistant sur le « en train de se faire », notre intention est de souligner une tension entre dispositifs et institutions : les dispositifs se construisent dans les failles ou l'entre-deux des institutions, ils sont interstitiels, mobiles précaires². Le « en train de se faire » met à égale distance le secteur psychiatrique institutionnel et les dispositifs de prévention et de promotion de la santé mentale définis selon une optique de santé publique (réduction de l'incidence de la dépression par exemple) : ici, la santé mentale est plutôt convoquée pour rendre compte de troubles psychosociaux. Cela permet plus généralement de s'intéresser à une forme de créativité et de réflexivité de l'agir social dans le cadre d'un type particulier d'agir non institutionnalisé³. Les thèmes de la créativité, de la réflexivité et de l'agir non institutionnalisé font écho à la manière dont, en psychiatrie, le rapport entre créativité et institution a été repensé en termes de désinstitutionnalisation après 1945⁴. Par là même, ces thèmes permettent d'interroger le rapport entre les orientations récentes de la santé mentale et certaines « hétérodoxies » psychiatriques du passé. Certes, aujourd'hui, « aller vers » de nouveaux publics comme les victimes de trajectoires sociales catastrophiques qui n'ont plus rien à voir avec les malades d'asile conduit à une prise de distance avec le cadre institutionnel de la psychiatrie d'une autre nature que celle qui était posée par la psychothérapie institutionnelle et l'antipsychiatrie. Il n'en existe pas moins des continuités dont témoignent aussi bien les trajectoires biographiques de certains professionnels que certaines logiques pratiques réinventées⁵.

Nous partirons du constat suivant : les intervenants dans le champ de la santé mentale rencontrent de nouveaux problèmes, hors du cadre psychiatrique, dont les déclinaisons sont diverses et encore peu référencées. Elles sont l'occasion de la mise en place de nouveaux régimes d'action et elles posent la question de leur pérennisation, de leur transmission et de leur possible institutionnalisation. Ces intervenants qui vont au contact de publics aussi

l'échange pluridisciplinaire. Tous les extraits d'entretien sont issus d'une recherche intitulée « apprentissages croisés en santé mentale » (C. Laval, 2008) à laquelle ont participé des professionnels anglais, belges, espagnols, italiens et français.

² Voir J. Ion *et al.*, *Travail social et souffrance psychique*, Paris, Dunod, 2005.

³ Dans *La créativité de l'agir*, H. Joas (Cerf, Paris, 1999) critique les théories de l'action présupposant les deux modèles dominants de l'action rationnelle et de l'agir téléologique. En s'appuyant sur des auteurs comme Merleau-Ponty et Dewey, il défend l'antériorité d'une conception de l'action comme réajustement spontané à l'environnement et résolution créative des problèmes pratiques et il souligne que les caractéristiques des deux premiers modèles doivent en fait être analysées à partir des dynamiques réflexives qui émergent de l'action (la rationalité et la dimension téléologique de l'action relevant des modalités de la résolution réflexive des problèmes pratiques). Il s'emploie également à faire apparaître toute l'utilité de cette conception pragmatiste de l'action pour l'analyse de l'agir non institutionnalisé (par exemple, les mouvements sociaux).

⁴ Dans la foulée de la désinstitutionnalisation, en inventant des espaces de transitionnalité, qu'ils se nomment lieux de vie, psychiatrie institutionnelle ou communauté thérapeutique, de nombreuses initiatives inventives avaient déjà vu le jour dont le but était de reconsidérer les frontières entre « soin » et « prendre soin ».

⁵ Voir à ce sujet, « Réinventer l'institution », *Cahier de Rhizome*, n° 25, décembre 2007.

affectés qu'éloignés des lieux de soins et qui tentent de construire des relations avec eux, s'engagent dans un espace où la proximité est devenue un enjeu d'action quotidien. Ne disposant pour orienter leurs pratiques ni d'un ensemble de prescriptions assez claires et cohérentes pour être opératoires, ni même d'un ensemble de principes normatifs comparables à un corps de règles de métier, ils sont donc contraints d'ordonner leur coopération d'une part, à partir d'une réflexion sur les problèmes et les solutions inventées dans des dispositifs locaux, et d'autre part, à partir d'une réflexion sur les principes normatifs de leur engagement dans les communautés de praticiens qui se nouent dans ces dispositifs. Ces communautés de praticiens réunissent des non-professionnels (bénévoles humanitaires, membres de groupe d'utilisateurs) et des professionnels (travailleurs sociaux, infirmiers, psychologues, psychiatres). Nous parlons ici de « communauté de praticiens » plutôt que de « communauté de pratiques » pour souligner que les différents intervenants qui s'engagent dans ces dispositifs n'ont ni le même métier ni les mêmes pratiques, et que c'est seulement s'ils parviennent à élaborer des modalités adéquates de collaboration que se constitue un collectif de travail spécifique : une communauté de praticiens. La nuance n'est pas insignifiante puisqu'elle permet de comprendre que la pérennisation et la transmission des dispositifs ne peuvent passer ni par un apprentissage formaté, ni par des prescriptions institutionnelles⁶, mais par le partage d'expérience des praticiens.

Les dynamiques qui émergent des problèmes rencontrés dans ces communautés rétroagissent de façons différentes sur les non professionnels et les professionnels. Sur les premiers, elle peut produire une reconnaissance de pratiques qui leur confère la dignité publique d'un travail utile (au moins dans une scène locale) – une reconnaissance qui n'est certes pas toujours au rendez-vous. L'effet produit sur les professionnels, comme par exemple sur les équipes psychiatriques elles-mêmes, tient plutôt à une transformation de leur travail. Lorsque les équipes psychiatriques sont réinscrites dans cette recherche de la proximité, il leur faut alors admettre que le diagnostic partagé à l'échelle d'un territoire peut être un creuset d'agir créatif recevable dont certains éléments font écho à leur propre histoire institutionnelle : celle des exigences d'une reprise collective réflexive des pratiques (supervision), celle d'une exigence de déplacement (« aller vers ») qui est présente dans toute clinique, et également celle d'une mise en question des effets stigmatisants et chronicisants des institutions. Pour les équipes psychiatriques, c'est bien sur ce fond de continuité que des lignes de ruptures apparaissent.

L'objectif de cet article est d'analyser quelques-unes des dynamiques cognitives et normatives qui traversent la santé mentale « en train de se faire ». Dynamiques cognitives qui conduisent les intervenants à percevoir autrement leur fonction dans les institutions, leur mission dans la société, la nature des atteintes psychiques et de la maladie mentale et les différentes formes de la nouvelle question sociale. Dynamiques normatives qui les conduisent à juger autrement la valeur des prescriptions qui sont censées organiser leur travail, à critiquer les missions essentielles liées à leur situation professionnelle et à s'engager dans le débat sur les transformations institutionnelles et les réponses à apporter à la question sociale.

Nous commencerons par décrire les arènes locales du souci de santé mentale qui constituent autant d'espaces publics où s'élaborent les communautés de praticiens, avant d'en venir dans un second temps à quelques caractéristiques spécifiques de ces communautés de praticiens

⁶ Du type de celle qui a vu passer le « réseau », au milieu des années 1990, d'un mode de coopération original inventé dans le cadre du secteur à une prescription institutionnelle.

Souci public et arènes locales

Différents lieux de coordination et de réseaux (mission locale, conseils locaux de santé mentale, CCAS, ateliers santé ville, commission municipale) se sont emparés de ces questions complexes. Ce qui rend possible l'engagement des différents acteurs dans la santé mentale « en train de se faire », c'est tout d'abord un souci mis en commun. C'est dans un mouvement d'interrogations partagées, liées aux problèmes posés par la vulnérabilité psychosociale de masse que la prise en charge psychiatrique se repositionne dans une problématique du souci de santé mentale. Si la prise en charge du soin s'accompagne encore d'un marquage différencié entre « psychiatres et apparentés » et autres intervenants engagés dans la relation à autrui, ce n'est plus le cas de la prise en charge de la vulnérabilité psychosociale qui semble être le point commun des différentes interventions dans le champ de la santé mentale.

Quels sont les praticiens qui prennent soin du malade mental avant ou après les crises aiguës ? Qui écoute les souffrances psychiques d'origine sociale dans les lieux de travail ou dans la précarité ? Qui s'inquiète de la continuité des espaces entre lieux de vie et lieux de soin ? En un mot, qui porte le souci des atteintes psychiques dans le quotidien de la vie en dehors des moments de prise en charge sanitaire ? Tandis que la psychiatrie dispose d'une profession éponyme, il nous faut constater d'emblée qu'il n'existe pas de professions propres à la santé mentale qui permettraient de répondre à ces questions par des désignations institutionnalisées. En fait, de nombreux praticiens dont certains sont des professionnels du soin et du social et d'autres des bénévoles, des militants, des élus locaux, sont impliqués dans la résolution des problèmes où s'imbriquent le soin (*cure*) et les logiques pratiques et normatives plus quotidiennes et continues, mais aussi plus diffuses, du prendre soin (*care*). Remarquons également que certains de ces intervenants sont ambivalents ou réticents à l'égard du terme même de santé mentale auquel ils reprochent de participer d'une forme douce de psychiatrisation des problèmes sociaux ou bien de gommer le côté sociopolitique du problème. Ils préfèrent alors le terme d'intervention psycho-sociale. Toujours est-il que se soucier des troubles du bien être et du mal être, ou de souffrances psychiques, finit toujours par renvoyer les intervenants engagés dans cette réflexion à croiser deux conceptions différentes de la santé mentale.

Une première conception est en rapport avec la demande sociale de bien être dont on sait qu'elle est au fondement de l'État social moderne. Dans le champ de la santé, cette demande s'est constituée historiquement dans le cadre d'un espace public de régulation et de décision transnationale. Étant censée contribuer au bonheur des nations, la santé mentale s'est alors élevée à la hauteur d'un bien commun à atteindre. Définie par l'OMS, reprise par l'UE dans la foulée des travaux québécois⁷, la définition positive de la santé mentale inclue les dimensions biologiques, psychologiques et sociales de l'existence individuelle mais aussi leur interaction avec les phénomènes culturels et environnementaux. Au-delà de l'absence de troubles mentaux, l'importance de facteurs tels que l'harmonie et l'intégration, la qualité de vie, l'épanouissement personnel et la réalisation de soi sont reconnus et valorisés dans la perspective d'un bien être global. Dans cette conception, des notions comme celles de souffrance ou de vulnérabilité, qu'elles soient conçues comme d'origine biographique, économique, sociale ou culturelle, ne jouent aucun rôle décisif dans la fixation du sens du concept de santé mentale.

⁷ Par exemple l'Unité de promotion de la santé mentale de Santé Canada définit la santé mentale ainsi : « la capacité de chaque personne de ressentir les choses, de réfléchir et d'agir de manière à mieux jouir de la vie, à mieux faire face aux défis. Il s'agit d'un sentiment de bien-être émotionnel et spirituel qui respecte l'importance de la culture, de l'équité de la justice sociale et de la dignité personnelle » (Unité de promotion de la santé mentale, Santé Canada, 1995).

Une seconde conception appréhende au contraire la santé mentale comme « une attention portée aux différentes formes de l'atteinte psychique »⁸. À cette manière d'appréhender la santé mentale par l'atteinte psychique correspond un cadre de description du social attentif aux expériences négatives des individus ou des groupes⁹. C'est dans le cadre de cette deuxième conception que se sont le plus souvent développées les communautés de pratiques en santé mentale aux marges du sanitaire et du social en France. Le souci de santé mentale se présente alors comme une attention à la nature, aux causes et aux effets de ce que l'on peut appeler souffrance psychique, souffrance sociale ou vulnérabilité psychosociale. Se posent alors les questions suivantes : Comment examiner la part du psychique dans la souffrance sociale et dans la vulnérabilité sociale ? Comment intégrer la vulnérabilité et la souffrance dans la définition de la santé mentale¹⁰ ? Quelles réponses à apporter à la vulnérabilité qui conduit, dans des trajectoires de souffrance, aux dynamiques psychiques et sociales qui définissent de telles trajectoires, ainsi qu'aux situations dans lesquelles elles finissent par enfermer les individus¹¹.

Localement, depuis deux décennies, différents forums, lieux de coordination et réseaux se sont emparés de ces questions complexes. En se montant dans un régime de proximité, en rendant public la santé mentale négative de certains concitoyens, en mettant en relief la diversité des préoccupations et des points de vue, mais aussi la singularité et la profondeur des problèmes posés et l'intérêt des réponses organisées localement, les dispositifs de santé mentale se sont souvent constitués en arènes locales. Ces dernières ont pris la forme d'espaces publics en tant que modes de délibération collective et au sens où s'y rend public des problèmes. Le mode d'articulation de ces espaces publics avec l'espace public politique est le plus souvent problématique. D'autant plus problématique que les praticiens de la santé mentale ont cherché à attirer l'attention d'un nombre toujours plus vaste de citoyens dont les représentations dominantes et les aspirations penchent du côté du bien être et de la santé mentale positive, et non de celui de la santé mentale négative et de la définition de réponses appropriées à la souffrance et à la vulnérabilité psychosociale. En jonglant entre différents espaces publics dont les principes normatifs ne sont pas congruents, les praticiens de la santé mentale ont ainsi rencontré les apories du modèle politique du porte-parole¹² et, encore aujourd'hui, ils n'arrivent pas toujours à échapper aux risques de porte-à-faux et de malentendus. Ces risques et ces porte-à-faux tiennent également au fait que la santé mentale « en train de se faire » est contemporaine d'une gouvernamentalité néolibérale¹³ dans laquelle il s'agit de reformer les institutions médicales et celles du travail social en recodant la problématique de la vulnérabilité psychosociale en celle des « risques psychosociaux » (dans les différentes formes de la souffrance sociale et non pas seulement dans la « souffrance au

⁸ C. Laval, E. Renault, « La santé mentale : une préoccupation partagée, des enjeux controversés », *op. cit.*

⁹ E. Renault, *Souffrances sociales. Sociologie, psychologie, politique*, Paris, La Découverte, 2008.

¹⁰ Le terme de vulnérabilité rend compte du fait, comme le précise Helene Thomas que les personnes dites vulnérables peuvent devenir des « victimes effondrées » ou « des témoins impuissants » (*Les vulnérables : La démocratie contre les pauvres*, Le Croquant, Bellecombe en Bauges, 2010). Mais il permet aussi de poser les problèmes auxquels ont affaire une action publique confrontée à des personnes compétentes qui tentent, par différentes voies de se frayer un passage pour faire face et « s'en sortir ».

¹¹ C. Laval, *Des psychologues sur le front de l'insertion. Souci clinique et question sociale*, Toulouse, Ères, 2009.

¹² A ce propos, voir E. Renault, *L'Expérience de l'injustice. Reconnaissance et clinique de l'injustice*, Paris, La Découverte, 2004, conclusion et *Souffrances sociales, op. cit.*, chap. 6.

¹³ Nous parlons ici de gouvernamentalité néolibérale pour souligner que le néolibéralisme n'est pas qu'une idéologie, mais aussi un régime institutionnel. Ce régime institutionnel n'est pas marqué tant par un désengagement de l'État que par un nouveau mode d'intervention publique, dans un cadre macro-économique générateur de précarité, de désaffiliation, et d'exclusion. Sur les dynamiques de captation de la santé mentale par la gouvernamentalité libérale, voir H. Thomas, *Les vulnérables, op. cit.*

travail », même si c'est en rapport avec cette dernière que les enjeux de ce recodage sont les plus brûlants).

Deux exemples peuvent illustrer les tensions et les contradictions qui traversent les pratiques, voire les apories de la santé mentale en train de se faire. Le premier exemple concerne le moment où le thème de la santé mentale est phagocyté par la justice pénale, le second le moment où la psychologie clinique s'est penchée au chevet de la précarité alors même que l'intervention psychosociale était le plus souvent cantonnée dans le domaine de l'urgence humanitaire. Ces deux exemples qui permettent de mesurer la profondeur des réaménagements qui se sont joués autour de 2000, et de ce que l'on pourrait ainsi appeler un « moment 2000 ».

a) Les liens entre psychiatrie et justice ne sont certes pas nouveaux, mais depuis la fin des années 1990, l'injonction au réseau socio-pénal est devenue une norme d'action forte qui s'est imposée à la fois au champ pénal et au champ thérapeutique. Dans la foulée, l'importance accrue des interactions associant justiciables, magistrats, policiers, soignants et éducateurs ont produit un sentiment de dérangement¹⁴ et parfois de colère¹⁵ chez les thérapeutes et les éducateurs. Fluctuant entre soin et régulation des déviances, voire populisme pénal¹⁶, ceux-ci disent parfois ne plus toujours savoir mesurer s'ils soignent, punissent, accompagnent ou contrôlent. Dans différentes arènes locales, la dangerosité devient un opérateur de déchiffrement de la santé mentale. Immanquablement, le terme déclenche une controverse sur l'assignation faite aux praticiens à « soigner le crime » tout en circonscrivant le risque.

b) Depuis le début des années 1980, de nombreux acteurs de la relation à autrui sont confrontés à l'institutionnalisation de la précarité¹⁷. Plus récemment, les cliniciens se sont mis aux côtés des travailleurs sociaux au chevet des accidentés de la vie. Plus largement, la nécessité d'une sphère d'intervention, dont le lexique oscille entre santé mentale et approche psychosociale légitime la prise en compte de toutes sortes de subjectivités blessées par la conjoncture socio-économique. Les figures du déprimé, du stressé, du psycho-traumatisé, font émerger le thème de la vulnérabilité psychologique (dont la souffrance psychique est une déclinaison parmi d'autres) qui joue ici, à l'instar de la dangerosité dans l'arène du pénal, le rôle d'opérateur de déchiffrement de la santé mentale. Le concept de vulnérabilité, dont la teneur explicative est faible, n'en propulse pas moins la santé mentale comme une forme légitime de traitement de la question sociale sans pour autant l'asseoir comme une action publique qui appellerait à d'autres politiques que celles de l'accompagnement thérapeutique ou de la gestion de l'urgence.

Ces deux exemples posent aux acteurs de front la question des modèles mobilisables¹⁸ pour « fabriquer » de la santé mentale dans des sphères d'intervention extérieures au monde psychiatrique. La question des modèles se présente principalement comme une question

¹⁴ Cf. C. Klept, « Retour sur expérience : l'évolution du travail clinique avec les délinquants sexuels, dans le contexte belge », *Rhizome*, n° 33, Lyon 2008.

¹⁵ Cf. B. Gravier, « Faut-il évaluer la dangerosité », *Rhizome*, n° 34, Lyon 2009.

¹⁶ D. Salas, *La volonté de punir, essai sur le populisme pénal*, Paris, Hachette, 2005.

¹⁷ R. Castel, *La montée des incertitudes, travail, protection, statut des individus*, Paris, Seuil, 2009.

¹⁸ Face à ces questions, deux orientations sont mises en débat dans les arènes locales. La première puise dans le modèle conceptuel de santé mentale positive décrit plus haut. Fabriquer de la santé mentale consiste alors à équilibrer des facteurs positifs (bonne estime de soi, soutien social et ressources mobilisables) vis-à-vis des effets des facteurs négatifs tels que les facteurs biologiques et les inégalités socio-économiques (modèle d'Albee). Le problème qui se pose consiste dans le fait que les leviers mobilisables pour réduire les facteurs négatifs ne relèvent pas du pouvoir des praticiens. L'usager est alors élevé au niveau d'un pouvoir potentiel à institutionnaliser.

Un second modèle tire son origine dans la tradition de la psychologie clinique. Elle a pour caractéristique : i) une référence à la souffrance psychique de nature identitaire ou narcissique telle qu'elle a été décrite dans l'œuvre de D.W. Winnicott ; ii) une pragmatique de l'observation clinique : compulsion de répétition, violence agie ou subie, syndrome d'auto exclusion. Fabriquer de la santé mentale signifie alors s'appuyer sur un postulat d'intervention qui consiste à la fois à penser la logique du dispositif clinique et ses modalités de liaison aux autres lieux et acteurs engagés dans le souci envers l'autrui vulnérable.

épistémologique au sens où elle pose le problème des schémas conceptuels et des formes théoriques permettant de qualifier les atteintes psychiques et d'orienter l'intervention psychosociale. Les praticiens situés en dehors ou en périphérie du monde psychiatrique remettent en cause la tradition psychiatrique dans laquelle la chronicité – que celle-ci concerne l'institution ou les pathologies – est l'outil de déchiffrement historique ayant permis aux acteurs du champ, durant presque deux siècles d'orienter leurs pratiques et de traverser les tempêtes des remises en causes externes et internes, voire de donner le cap lorsque, après 1945, le temps des réformes est venu.

Autour de 2000, le compas pour fixer le cap est tout autre. L'action s'organise non plus autour du constat de la chronicité de la maladie ou de la chronicisation par l'institution, mais autour de la découverte que les trajectoires de souffrance peuvent conduire des personnes vulnérables à une sortie durable du monde social renforcée par la stigmatisation du dangereux. Penser la vulnérabilité et la dangerosité sans la renvoyer au monde psychiatrique et à sa chronicité, tel semble être l'un des nouveaux enjeux décisifs. Les nouveaux praticiens travaillent sur la préservation de scénarios ouverts et mobilisent des investissements collectifs afin de maintenir vaille que vaille un principe de réversibilité des parcours de perte. Dit dans une version plus politique, le défi est de lutter contre des processus produisant des inutiles au monde (au sens où Robert Castel emploie ce mot¹⁹) à perpétuité, ne maintenant plus avec le monde social que ce qui relève des contraintes sécuritaires. La réversibilité s'est substituée à la chronicité comme opérateur d'orientation des pratiques et comme nouveau programme institutionnel.

Le souci porté aux citoyens passifs, au lumpen, aux dangereux et vulnérables, aux « sans part » (au sens de Rancière²⁰), en tant que leur situation pose la question de la réversibilité, témoigne de la conscience des praticiens de leur capacité à se saisir de problèmes thérapeutiques et politiques. Il va sans dire que cette recherche inquiète de la réversibilité suscite en retour d'énormes réactions restauratrices de l'ancien modèle. Le nouveau modèle est en décalage structurel par rapport aux vérités – mais aussi aux controverses – qui se déploient encore dans la vieille arène des institutions de prise en charge, dont la psychiatrie, de même qu'elle est en rupture avec l'épistémologie médicale qui s'adosse sur une scientificité peu perméable aux passions politiques.

Dans ce contexte de mutation, la prise de parole publique des praticiens ne se fait pas sans incertitude ni sans remise en cause de leur place, de leur compétence mais aussi des choix politiques forgés dans leur engagement dans la pratique. L'émergence d'un souci public concernant le parcours des plus calamiteux, le porte-à-faux des acteurs par rapport à l'espace public politique et les trajectoires des professionnels à partir de leurs institutions d'origine participent du même problème à résoudre. Comme l'explique un praticien psychologue dans son rapport d'activité : « De notre point de vue, on peut dire que la clinique est un engagement, un projet en permanente élaboration alimenté par un mouvement d'appropriation. Elle a partie liée avec les changements sociaux, avec l'évolution de la demande sociale, du rapport citoyen à ses difficultés à être » et il continue : « Nous sommes collectivement confrontés à la question de l'avenir de notre profession, en parallèle avec la remise en cause des services publics sous couvert de remaniements des missions institutionnelles... Nous nous confrontons, dans ce quotidien qui nous est propre, à la mise au travail de la question de l'indépendance des psychologues. Ainsi, "l'acte du psychologue" n'est plus seulement déterminé par "la liberté qui nous est accordée" mais aussi par le positionnement que nous construisons »²¹.

¹⁹ R. Castel, *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Fayard, 1995.

²⁰ J. Rancière, *La mésintelligence*, Paris, Galilée, 1995.

²¹ <http://www.wmaker.net/reseauspsycho.fr>

Métiers et professionnalité

« Le défi du professionnel est de faire alliance avec la vie quotidienne, c'est-à-dire d'exploiter toutes les ressources de ces nouveaux habitants, qui étaient autrefois dans le monde de l'asile. Aujourd'hui, ce sont eux les nouvelles ressources, parce que ce sont les personnes qui savent le mieux comment survivre malgré leur maladie et leur trouble. Cela est décisif pour comprendre la problématique des nouvelles professionnalités en Italie. Dans le scénario du quotidien, il y a une perte des références scientifiques, techniques, il y a la dimension du risque, des zones grises, des zones de passage, des zones de rencontre, des échanges (un peu comme dans les marchés citoyens). Tout cela fait partie des nouvelles professionnalités. »
Psychiatre, Matera, Italie

« Avant, la thérapie était davantage un travail rétrospectif pour comprendre comment on en était arrivé là et pour relancer la mobilité dans la vie. Maintenant, le travail est plus prospectif, on réfléchit à la manière d'aménager sa vie pour éviter les rechutes pour les malades, les récidives pour les justiciables. Même si les deux aspects ont toujours été présents, l'accent s'est déplacé. Il faut revaloriser le pourquoi par rapport au comment alors que c'était l'inverse. Le passage de la maladie mentale à des problèmes de vie a fait en sorte que les professionnels et les usagers n'appartiennent plus à des mondes différents mais se retrouvent du même côté de la vie. »
Psychologue, Bruxelles, Belgique

Le souci de santé mentale est à la fois ce qui rend possible la constitution d'un espace commun pour la coopération des praticiens du sanitaire et du social, et ce qui s'y constitue dans l'inventivité, la tension et la réflexivité collective. Pour mieux comprendre la nature de ce souci, il ne suffit donc pas de partir des normes macro-sociales (que des notions comme bio-politique, psychologisation du social, ère du narcissisme, ère de la victime, etc. désignent), ou des prescriptions institutionnelles (comme l'insertion, la déstigmatisation, le contrôle des risques, etc.), mais il faut s'engager dans l'analyse du travail effectif des praticiens. Ci-dessous quelques témoignages rendent compte de l'étendue de leur préoccupation :

« ...on s'éloigne d'une conception du psy ou de la thérapeutique qui considère que le patient doit arriver avec une demande d'introspection et dont le travail consiste seulement à chercher la cause des symptômes dont souffre la personne. »
Psychologue, Bruxelles, Belgique

« Nous travaillons avec toutes les communautés de Bradford. Les personnes qui viennent nous voir sont catholiques, islamiques, les gens qui ont des problèmes avec leur religion qui ne savent pas où se placer. Des personnes qui font faire leur gospel, des personnes qui n'ont pas de foi du tout, mais nous respectons, nous n'avons pas du tout une inclinaison religieuse. Mais on peut parler de la religion ou de la foi des gens. On est capable de le faire. On reconnaît que ça fait partie de leur vie, de se sentir bien. C'est un fait. C'est juste un des aspects de notre travail. »
Psychiatre, Londres, Royaume Uni

Dans la coopération des différents praticiens de la santé mentale, la différence générale entre travail prescrit et travail effectif²² prend une forme spécifique, qui tient tout à la fois à l'échec des prescriptions institutionnelles (face aux dispositifs hors cadre) et aux situations d'injonctions contradictoires (alors qu'il s'agit de définir leur cadre). Depuis ces 20 dernières années, les coopérations en santé mentale se sont développées tout d'abord à titre expérimental, pour suppléer les insuffisances et les failles de certains dispositifs institutionnels (comme le RMI) tout en ayant pour projet politique de les subvertir. La

²² Nous nous référons ici à cette distinction au sens qu'elle a trouvé dans l'ergonomie à la française et telle qu'elle a été développée depuis dans la philosophie, la psychologie et la sociologie du travail ; voir notamment Y. Schwartz, *Expérience et connaissance du travail*, Paris, E.S., 1988 ; Ch. Dejours, *Le facteur humain*, PUF, Paris, 1995 et Yves Clot, *Le travail sans l'homme ?*, Paris, La Découverte, 1995.

différence du prescrit et de l'effectif est ici marquée du sceau de l'alternativité. Dans un second temps, lorsque ces expérimentations ont fait l'objet d'un recodage institutionnel, le contexte de la gouvernamentalité néolibérale a souvent donné aux nouvelles prescriptions le caractère d'injonctions paradoxales (comme par exemple lorsqu'il s'agit tout à la fois de déstigmatiser et de prévenir les risques dans une optique sécuritaire) ; la différence du prescrit et de l'effectif est alors marquée du sceau de la réflexion critique sur le sens des missions des institutions.

Au fur et à mesure qu'ils se préoccupent de la santé mentale des vulnérables les professionnels deviennent plus interrogatifs quant au sens fondamental de leurs actions, quant à la nature de la société qui produit la désaffiliation et l'exclusion, quant aux fonctions des institutions qui sont censées contenir les effets de la souffrance sociale (dans un lieu d'écoute ou un groupe de parole pour demandeurs d'asiles par exemple²³), quant aux réformes néolibérales de ces institutions, quant à leur position dans ces institutions.

À mesure que le cadre d'exercice des professionnels devient plus lâche, ils se voient paradoxalement soumis à de nouvelles contraintes qui rendent plus problématiques encore le rapport avec les institutions alors que la pénibilité du travail trouve difficilement une compensation dans des formes de reconnaissance stabilisée. Occupant une position marginale et dévalorisée aux marges des institutions, celles de la psychiatrie par exemple, ils s'engagent en outre dans un type de travail qui se trouve en décalage structurel avec des formes de reconnaissance codifiées en plein développement dans les services publics, comme celles qui passent par l'évaluation individualisée des performances et la démarche qualité. Situation inconfortable s'il en est qui peut susciter une tentation de recadrage autoritaire au nom des missions de l'institution ou de la défense des métiers, ou qui peut inversement être à l'origine de désengagements et de désillusions inaugurant des cycles de plaintes, de remises en cause, de conflits et de mécontentements²⁴. Ce qu'il convient de faire à l'égard de la santé mentale est alors remis en cause au double niveau de l'identité des acteurs et du sens qu'il y aurait à continuer de s'engager collectivement dans une forme d'agir créatif.

Ce type de communauté de praticiens et les difficultés qui y sont associées illustrent parfaitement le thème, développé notamment par la psychodynamique du travail, suivant lequel le travail comme activité consiste à résoudre des problèmes techniques aussi bien que des problèmes normatifs²⁵. Travailler, c'est ici résoudre des problèmes normatifs inscrits dans les compétences elles-mêmes (par exemple les conflits entre normes de la relation de service, celle du travail sur et avec autrui), alors que d'autres sont portées par le conflit des métiers des différents professionnels (de leurs règles, de leurs valeurs et de leurs déontologies), et que d'autres encore concernent les collisions entre injonctions institutionnelles et enjeux éthiques du rapport à autrui (en tant que bénéficiaire du *cure* ou du *care*) ou enjeux sociaux plus généraux.

Dans ces communautés de praticiens, la difficulté à faire face collectivement au réel du travail tient notamment à ce que la coopération doit se constituer en dehors du cadre d'un métier. Les praticiens ne peuvent plus comme cela a été le cas lors de la période des trente glorieuses²⁶ construire leur action en faisant fond sur les différentes composantes du métier :

²³ Voir sur ce sujet C. Laval et V. Colin, *Santé mentale et demandeurs d'asile, modalités cliniques et inter partenariales*, rapport à la DRASS Rhône-Alpes, 2005. Et pour une vision plus large : « Demandeurs d'asile, un engagement clinique et citoyen », *Rhizome*, n° 21, Décembre 2005.

²⁴ B. Ravon (sous la direction de), G. Decrop, J. Ion, C. Laval, P. Vidal-Naquet, *Usure des travailleurs sociaux et épreuves de professionnalité ; les configurations d'usure : clinique de la plainte et cadres d'action contradictoires*, Modys et Onsmop-orspere, rapport final pour l'Onpes, 2008.

²⁵ C. Dejours, *Travail usure mentale*, Paris, Bayard, 2000.

²⁶ J. Ion et al., *Travail social et souffrance psychique*, op. cit. Pour ce qui est de la psychiatrie, Nicolas Henckes montre que lorsque l'institution psychiatrique effectue sa désaliénation, de 1945 jusqu'à 1970, la question de la réforme de la psychiatrie est pensée et construite par les professionnels eux-même. Les psychiatres

un corps de compétences (des règles de métier), un certain nombre de valeurs partagées (une identité collective), un ensemble de principes normatifs (une déontologie)²⁷. Dans l'accomplissement de la relation à autrui (clinique et plus largement de la relation d'aide), ils ne peuvent plus faire fond sur l'identité de métier de psychiatre, d'éducateur ou de travailleur social. Mais il faudrait se garder de rabattre trop vite ces difficultés spécifiques sous le discours général de la « crise des métiers » : si crise des métiers il y a, elle prend ici une forme très particulière qui tient à la nécessité de s'appuyer sur l'expérience comme guide sans pouvoir s'appuyer sur des principes de coordination et de validation intersubjective stabilisés.

La psychodynamique du travail a également souligné l'importance de la reconnaissance de la réalité et de la valeur du travail pour coordonner l'activité et contribuer à transformer la souffrance au travail en plaisir et contribuer ainsi à entretenir les engagements individuels dans le travail²⁸. En tant que coopératif, tout travail repose sur deux types de relations de reconnaissance. D'une part, il repose sur une reconnaissance, provenant principalement de la hiérarchie, concernant la conformité du travail réel au travail prescrit. D'autre part, il repose sur une reconnaissance, provenant d'un groupe de pairs, concernant les modalités de la contribution à la coopération effective. Dans le cas de la relation de service, s'ajoute une troisième forme de reconnaissance : la reconnaissance par le bénéficiaire du service, relative à la qualité de la relation. À ces différents processus de reconnaissance immanents à l'activité de travail s'ajoutent en outre les formes de reconnaissance liées à l'emploi comme statut social, c'est-à-dire aux hiérarchies dans l'estime sociale associée aux professions. Dans le travail de santé mentale, ces différents vecteurs de reconnaissance entrent en crise. Comme le précise un professionnel :

« On est dans des choses tout à fait inconsistantes au niveau de l'administration qui joue sa propre règle et qui nous oblige à les contourner et si on veut vivre et faire vivre une institution, on est obligé de dire "oui, vous avez bien raison, mais je m'excuse de vous demander pardon. Je vais passer par là". On est obligé de donner raison, de se coller aux institutions. C'est comme cela que nous avons survécu... »
Infirmier, Paris

D'une part en effet, comme nous l'avons déjà noté, du point de vue de la reconnaissance par les hiérarchies institutionnelles, il existe un décalage structurel entre prescription et réalité qui rend très difficile la juste évaluation des compétences, de l'utilité et de la réalité du travail, et ainsi la rétribution symbolique de ce travail. D'autre part, à l'intérieur de la communauté de pratique, il n'existe ni règle de métier, ni déontologie stabilisée qui pourraient favoriser des formes de reconnaissance substitutives et un espoir raisonnable de confirmation du sens de l'activité et de la valeur des efforts engagés. La reconnaissance de la réalité du travail est tout aussi problématique que celle de sa valeur, d'autant plus que la reconnaissance par les bénéficiaires du travail est elle-même souvent très incertaine, et que le fait de se situer hors des stéréotypes professionnels, et par ailleurs en prise avec des situations sociales dévalorisées, prive également de la reconnaissance symbolique incarnée dans l'estime sociale liée aux professions.

Il n'est pas étonnant qu'une telle situation, marquée par la non pertinence du cadre du métier et par une incertitude de la reconnaissance au travail, génère de nombreuses difficultés très prégnantes dans le discours des praticiens²⁹ : comment parvenir à continuer à se fier à

du cadre oscillent entre volonté de dé-chroniciser et une autre forme de prise en charge de la chronicité (N. Henkes, *Le nouveau monde de la psychiatrie française, les psychiatres, l'Etat et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970*, thèse de sociologie, EHESS, 2007). Jacques Ion fait un constat plus mitigé en ce qui concerne le poids des professionnels du « cadre » dans les mutations du travail social à l'épreuve du territoire au moment de la décentralisation.

²⁷ Sur le métier comme cadre normatif du travail, voir Y. Clot, *Travail et pouvoir d'agir*, Paris, PUF, 2008.

²⁸ E. Renault, « Reconnaissance et travail », *Travailler*, n° 18, 2007.

²⁹ Pour des exemples concrets, voir C. Laval, *Apprentissages croisés en santé mentale*, Rapport final pour le conseil régional Rhône-Alpes, septembre 2008.

l'expérience sans que l'inconfort de la situation ne conduise à l'usure ? Comment éviter que le désordre des identités professionnelles ne se transforme en blessure professionnelle et personnelle ? Comment faire valoir et évaluer les compétences qui se constituent dans une coopération en santé mentale encore en train de se faire ? Comment ouvrir et consolider tout à la fois sa frontière d'intervention ? Sur quelles normes faire fond pour résister aux prescriptions et aux redéfinitions institutionnelles injustifiées ?

Afin d'identifier le type spécifique de principes normatifs auquel les praticiens ont recours pour coordonner leurs actions, pour mesurer réflexivement la valeur de leurs expérimentations, pour chercher à obtenir une reconnaissance de leurs compétences et pour résister aux prescriptions, aux orientations et aux évaluations inadéquates, il peut être utile de distinguer ici entre métiers et professionnalité. Le souci de santé mentale, en créant un espace et des normes d'action devenues communes parce que discutées dans des arènes locales, constitue un collectif de praticiens (professionnels et non professionnels « confondus ») qui peut se substituer, provisoirement au moins, au reflux du collectif fondé sur le métier. Si nous distinguons professionnalité et métier, ce n'est pas tant pour les opposer que pour analyser la manière dont la professionnalité se développe à partir du métier. Certes, la professionnalité se constitue par soustraction d'un ensemble d'éléments constitutifs du métier, mais elle se développe bien à partir d'un certain nombre de valeurs fondamentales, qui furent souvent au cœur des luttes pour la transformation des métiers en professions³⁰, et qui tiennent souvent à l'idée que les praticiens se font de la fonction sociale de leurs compétences fondamentales.

Nous émettons l'hypothèse que cette fonction sociale, mettant en jeu la société en général, désigne quelque chose de plus général et de plus fondamental que les métiers. Parce qu'elle désigne quelque chose de plus fondamental, elle peut être mobilisée comme point de vue critique sur les cadres institutionnels associés aux métiers et comme orientation normative dans les pratiques aux marges des institutions. Parce qu'elle désigne quelque chose de plus général, elle permet la constitution d'un horizon normatif commun pour des professionnels formés à des métiers différents et également pour des praticiens non institutionnels. Aussi n'est-il pas si surprenant de constater une forte fréquence, dans le discours des professionnels³¹, du recours à des normes de dignité et de reconnaissance censées tout à la fois marquer la continuité entre les positions institutionnelles passées et les pratiques présentes, et servir de guide dans l'interaction aussi bien avec les autres intervenants qu'avec les bénéficiaires.

Précisons que si la professionnalité est ici l'une des conditions de la créativité de l'agir non institutionnel, en tant que condition normative de la coopération réflexive aux marges des institutions, il n'est pas pour autant possible de rabattre professionnalité sur l'agir non institutionnel. Si le praticien (et encore plus le professionnel) est effectivement pris dans la dialectique de défaut de cadre ou du décadre institutionnel – qui ouvre un boulevard aux analyses en terme de déclin des institutions³² ou de « remise en cause des métiers »³³ –, une convergence de logiques institutionnelles et de dynamiques normatives se noue en fait dans sa pratique : d'une part, une convergence de dynamiques critiques inscrites dans les institutions psychiatriques et du travail social (fortement investi, lui aussi, par les programmes de transformations sociales les plus radicaux dans les années 1970), d'autre part, une convergence de métiers transformés dans des pratiques guidées par la professionnalité. En outre, la créativité de l'agir ne se développe pas tant ici dans une recherche de

³⁰ Sur cette transformation, voir E. C. Hughes, *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, Éditions de l'EHESS, 1996.

³¹ Sur ce point également, voir les discours des praticiens recueillis dans C. Laval, *Apprentissages croisés en santé mentale*, rapport final pour le conseil régional Rhône-Alpes, septembre 2008.

³² F. Dubet, *Le déclin de l'institution*, Paris, Seuil, 2002.

³³ D. Fassin, *Des maux indicibles : sociologie des lieux d'écoute*, Paris, La Découverte, 2004.

déterritorialisation libératrice, ou dans un rejet de tout encadrement institutionnel de l'agir, que dans une recherche de réponses adaptées à des dysfonctionnements institutionnels déterminés.

Le précédent de la désinstitutionnalisation, déjà évoqué, ouvre des pistes d'intelligibilité en même temps qu'il met en lumière de nouvelles continuités. De même que ce précédent doit être réexaminé comme un projet de transformation du programme de l'aliénisme et de sa chronicité afférente et non comme une sortie de tout cadrage institutionnel, de même ce qui se joue dans le « moment 2000 » n'est pas une disqualification des métiers et des institutions, mais un ensemble d'expérimentations critiques sur la manière de les adapter à certains aspects d'une nouvelle question sociale tout en résistant aux effets délétères de la gouvernamentalité néolibérale. La manière dont la professionnalité a récemment structuré une mobilisation comme « L'Appel des appels » exprime bien cette double dimension³⁴ – sous une forme par ailleurs profondément marquée par un contexte de souffrance sociale : celle des professionnels ne parvenant plus à trouver un sens à leur engagement, mais aussi celle de professionnels sachant que la créativité consubstantielle à la professionnalité est l'une des seules réponses possibles face à l'amplification de la souffrance sociale dans le reste de la société.

En fait, bien loin de se réduire à un double rejet des métiers et des institutions, la professionnalité sert à assurer une forme d'institutionnalisation de la santé mentale en train de se faire. Si en effet les praticiens parviennent à coordonner leurs activités et à continuer à trouver un sens et une valeur à leur activité, c'est qu'ils trouvent dans la professionnalité quelque chose qui ne relève plus du métier (ou qui le « dépasse ») mais qui peut néanmoins acquérir une certaine stabilité sociale. La professionnalité remplit la fonction d'une forme d'institutionnalisation dont la souplesse a pour avantage de brider le moins possible le « en train de se faire » tout en offrant néanmoins un cadre suffisamment déterminé d'une part pour défendre publiquement l'idée de l'utilité sociale qu'on peut se faire de ses compétences, et d'autre part pour mettre des bornes normatives à la plasticité prescrite par les injonctions à la flexibilité (la flexibilité n'étant alors acceptable qu'aussi longtemps qu'elle ne remet pas en cause le sens fondamental du métier que conserve précisément la professionnalité).

Il est vrai que le thème de la remise en cause des professionnels est consubstantiel au thème du souci public de la santé mentale et à celui de la professionnalité. Mais le premier (tout comme le thème de la « réforme ») peut prendre des sens tout à fait opposés. Il peut tout aussi bien justifier une valorisation du travail du « care » et de l'engagement social, que légitimer une précarisation des métiers et des services au public. Par exemple, le souci « partagé » localement mettant à « égalité » tous les acteurs soucieux de la santé d'autrui, il devient possible d'affirmer qu'un policier ou un syndicaliste à l'instar d'un psychologue ou d'un éducateur porte le souci de santé mentale et qu'il est donc légitimé à « prendre soin », au même titre que les autres, des vulnérables. C'est à ce point précis que la vigilance s'impose aux acteurs afin de bien peser les défis et les pièges inhérents à cette nouvelle configuration.

Comme on le voyait dans « L'appel des appels », l'un des enjeux est de parvenir à élaborer collectivement des cadres normatifs capables de développer une critique de l'inadéquation des institutions aux figures contemporaines de la question sociale, tout en récusant la

³⁴ A ce sujet, l'appel des appels initié par des philosophes, des juristes, des sociologues et des psychanalystes dans le journal Libération le 23 janvier 2009 est éloquent : « Nous, professionnels du soin, du travail social, de l'éducation, de la justice, de l'information et de la culture, attirons l'attention des pouvoirs publics et de l'opinion sur les conséquences sociales désastreuses des réformes hâtivement mises en place ces derniers temps. A l'Université, à l'école, dans les services de soins et de travail social, dans les milieux de la justice, de l'information et de la culture, la souffrance sociale ne cesse de s'accroître. Elle compromet nos métiers et nos missions [...] » (C'est nous qui soulignons). Cet appel est visible sur le net : <http://www.appeldesappels.org/>. Il a donné lieu à plus de 80000 signatures.

transformation des institutions au nom de la modernisation néolibérale. Un autre enjeu est de récuser la critique de métiers au nom de la flexibilité sans pour autant développer une défense mythifiée des métiers. L'idée de professionnalité désigne une manière de faire face à ces enjeux, comme l'illustre la discussion contemporaine sur l'actualité de la problématique du métier. En commentant les analyses de F. Osty³⁵, Y. Clot pose la question suivante : comment se fait-il, qu'alors qu'il n'a plus d'actualité sociologique (au sens où le travail effectif est de moins en moins structuré par les normes du métier), le métier reste si présent comme référence³⁶ ? Raisonnant dans le cadre de l'entreprise, Clot avance alors l'hypothèse d'une actualité psychologique du métier : la référence au métier vaudrait comme moyen de résister aux nouvelles normes de reconnaissance qui soit individualisent, soit recomposent le collectif au seul niveau de l'entreprise. Cette analyse revient à attribuer au métier une fonction psychique défensive (même si ce n'est pas ainsi que Clot présente les choses) qui semble assez éclairante pour rendre compte de ce qui est dit sur la « remise en cause » des métiers dans le domaine de la santé mentale. En effet, le métier est parfois ce qu'on brandit sous une forme rigidifiée quand on craint que les compétences, ou les valeurs d'une histoire collective, ou encore les règles du métier soient remises en cause. Au contraire, l'idée de professionnalité pourrait apparaître comme ce qu'on maintient quand on accepte de faire bouger les compétences, les valeurs et les règles déontologiques, en conservant des principes normatifs des métiers ce qui convient à la dynamique d'un agir ajusté à des environnements sociaux en devenir, d'un agir dont l'horizon n'est ni la simple conservation du passé, ni la seule adaptation au présent mais la réduction du pire et la promotion du meilleur.

CASTEL R., *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Fayard, 1995.

Castel R., *La montée des incertitudes, travail, protection, statut des individus*, Paris, Seuil, 2009.

CLOT Y., *Le travail sans l'homme. Pour une psychologie des milieux de travail et de vie*, Paris, La Découverte, 1995.

CLOT Y., *Travail et pouvoir d'agir*, Paris, PUF, 2008.

DEJOURS C., *Le facteur humain*, Paris, PUF, 1995.

DUBET F., *Le déclin de l'institution*, Paris, Seuil, 2002.

FASSIN D., *Des maux indicibles : sociologie des lieux d'écoute*, Paris, La Découverte, 2004.

GENARD J.-L., CANTELLI F., « Êtres capables et compétents : lecture anthropologique et pistes pragmatiques », *SociologieS*, <http://sociologies.revues.org/index1943.html>

HENKES N., *Le nouveau monde de la psychiatrie française, les psychiatres, l'Etat et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après guerre aux années 1970*, thèse de sociologie, EHESS, 2007.

HUGHES E.-C., *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, Éditions de l'EHESS, 1996.

ION J. et al., *Travail social et souffrance psychique*, Paris, Dunod, 2005.

ION J., LAVAL C., RAVON B., « Politiques de l'individu et psychologies d'intervention : transformation des cadres d'action dans le travail social », in Fabrizio Cantelli et Jean Louis Genard (coord.), *Action publique et subjectivité*, Paris, LGDJ, 2007.

JOAS H., *La créativité de l'agir*, Paris, Cerf, 1999.

LAVAL C., *Des psychologues sur le front de l'insertion. Souci clinique et question sociale*, Toulouse, Eres, 2009.

LAVAL C., RENAULT E., « La santé mentale : une préoccupation partagée, des enjeux controversés », in J. Furtos, Ch. Laval, *La santé mentale en actes. De la clinique au politique*, Toulouse, Erès, 2005.

³⁵ F. Osty, *Le désir de métier : engagement, identité et reconnaissance au travail*, PUF, 2003.

³⁶ Y. Clot, *Travail et pouvoir d'agir*, op. cit.

OSTY F., *Le désir de métier : engagement, identité et reconnaissance au travail*, Paris, PUF, 2003.

RANCIERE J., *La Méésentente : politique et philosophie*, Paris, Galilée, 1995.

RENAULT E., *Souffrances sociales. Psychologie, sociologie et politique*, Paris, La Découverte, 2008.

RENAULT E., *L'Expérience de l'injustice. Reconnaissance et clinique de l'injustice*, Paris, La Découverte, 2004.

RENAULT E., *Souffrances sociales. Sociologie, psychologie et politique*, Paris, La Découverte, 2008.

SALAS D., *La volonté de punir, essai sur le populisme pénal*, Paris, Hachette, 2005.

THOMAS H., *Les vulnérables, la démocratie contre les pauvres*, Bellecombe en Bauges, Éditions du Croquant, 2010.

SCHWARTZ Y., *Expérience et connaissance du travail*, Paris, E.S., 1988.

Rapports

LAVAL C., *Apprentissages croisés en santé mentale*, rapport final pour le conseil régional Rhône-Alpes, septembre 2008.

LAVAL C. et COLIN V., *Santé mentale et demandeurs d'asile, modalités cliniques et inter partenariales*, rapport à la DRASS Rhône-Alpes, 2005.

RAVON B., (sous la direction de), DECROP G., ION J., LAVAL C., VIDAL-NAQUET P., *Usure des travailleurs sociaux et épreuves de professionnalité. Les configurations d'usure : clinique de la plainte et cadres d'action contradictoires*, Modys et Onsm-porspere, rapport final pour l'Onpes, 2008.

Revue

Réinventer l'institution, Les cahiers de rhizome, n° 25, Décembre 2006.

Prendre soin de la professionnalité, Les cahiers de rhizome, n° 33, Décembre 2008.