

**Fédération Wallonne des Services de Santé Mentale – FéWaSSM ASBL**  
**Siège social : route du Luxembourg, 15 – 6900 Marche-en-Famenne**  
**Courriel : [fewassm@gmail.com](mailto:fewassm@gmail.com) – N° BCE : 0680.919.907**

Mesdames et Messieurs,  
Monsieur le représentant de Madame la Ministre Morréale  
Chers partenaires de l'Aviq,  
Chers partenaires du CRESAM,  
Très chers collègues, bien chers usagers et autres acteurs des Services de Santé Mentale de Wallonie,  
Très Chers administrateurs de la FeWaSSM,

Soyez tous les bienvenus ! En cette journée centrée sur l'accueil, comment ne pas se souhaiter la bienvenue les uns aux autres.

Voilà une nouvelle étape de notre jeune fédération que l'organisation de cette journée d'étude dont le thème « Entre 1<sup>ère</sup> et dernière ligne, quels accueils en SSM » illustre notre souci du soin tout au long du parcours des usagers qui fréquentent nos services.

La FeWaSSM –Fédération Wallonne des Services de Santé Mentale- a pour essence de soutenir, défendre et promouvoir l'activité des Services de Santé Mentale. Depuis juin 2017, à la suite d'un large travail avec les différents acteurs du secteur, elle œuvre en ce sens. Ces 3 commissions – Commission Administrative et Stratégique, Commission stratégique et politique et la commission éthique et clinique rassemblent les acteurs des services et soutiennent l'activité clinique qui s'y déploie.

Si dans un premier temps une attention particulière a été portée à la structuration interne et externe (aux liens avec nos interlocuteurs politiques et administratifs), nous nous réjouissons par cette journée d'approcher le cœur de l'activité des équipes : celle du souci clinique au quotidien de la population qui frappe à la porte de nos services.

Mais quelle est donc l'identité des services de santé mentale ? Comment rendre compte d'une essence commune au-delà de la diversité saillante lorsqu'on juxtapose chacun des SSM de Wallonie. De fait, cette diversité fait partie même de la nature de la mission des services : être inscrit au cœur de la population locale, dans un territoire délimité pour accueillir toute demande relative aux difficultés psychiques et offrir des soins de proximité. Dès lors, suivant que l'on soit en milieu urbain ou rural – au Luxembourg, au centre de Liège, ....- que le service soit issu d'un PO public ou privé, ou encore qu'il émane d'une structure plus importante dont il constitue une des parties, .... Autant d'éléments qui vont influencer largement l'identité et l'activité des services.

Et pourtant, un tronc commun nous rassemble et il me paraît essentiel de mettre en avant ce qui fait l'unité de notre secteur au-delà de la richesse de nos différences d'appartenances. Avec nos collègues du Crésam, que je remercie chaleureusement pour leur soutien réflexif et la complémentarité précieuse à l'activité de notre fédération, nous avons pu mettre en avant

cette identité spécifique de nos services. Là où le temps et la politique des soins nous invite à étendre nos collaborations à l'ensemble du réseau, il apparaît essentiel de définir qui nous sommes pour s'inscrire dans un réseau respectueux de la différence et de la place de chacun.

Qu'en est-il de cette place des Services de santé mentale. Dans un texte fondateur de notre fédération, nous avons rappelés les axes qui définissent ce tronc commun, je cite : travail en équipe pluridisciplinaire, un accueil tout venant avec une attention particulière aux plus précarisés, inscrits dans la cité et/ou le territoire local, accueillant toute demande, considérant la personne comme sujet, prenant en compte les dimensions de temporalité et d'hospitalité, soutenue par une formation continue des acteurs et s'inscrivant dans un projet de service de santé mentale.

La journée qui s'ouvre à nous va nous permettre d'approcher la question de l'accueil pensée au sein de la place relative que nos services occupent dans le réseau de soin, entre première et dernière ligne.

L'accueil ,qui, rappelons le, constitue la première fonction du soin psychique, n'est pas figé à un moment donné du temps dans la rencontre avec l'utilisateur. L'accueil touche à cette disponibilité matérielle et psychique que nous offrons à celui que nous accueillons tout au long du parcours de soin au sein de nos services.

Ce soin, nous le voulons aussi court que possible et aussi long que nécessaire. C'est là la condition nécessaire permettant à l'espace de soin de se déployer au plus proche des nécessités et des difficultés psychiques que nos concitoyens rencontrent.

Dans la Déclaration de Politique Régionale je lis ceci : « le financement et les modalités des services de santé mentale seront revus pour répondre à l'augmentation des besoins de prise en charge de la santé mentale de première ligne. L'accès rapide à des soins psycho-sociaux non-résidentiels sera une priorité, notamment pour les enfants et les adolescents ».

Nous nous réjouissons de cette intention. Les Services de Santé Mentale souhaitent une évolution du cadre décretal qui est le leur en tenant compte de leur spécificité dans le réseau de soins en donnant une place plus participative aux usagers et aux proches, et comptons dès lors sur la mise en œuvre par Madame la Ministre Morreale de cette intention politique en étant sûr qu'elle ne restera pas sur le banc des bonnes intentions.

Notre rencontre, avec Monsieur Leclercq, d'il y a quelques jours nous encourage à œuvrer de façon collaborative en ce sens. Sa connaissance du terrain nous réjouit pour élaborer le futur cadre décretal de nos services.

Je cède la parole à Monsieur Leclercq

## **Introduction journée de la FéWaSSM (10 décembre)**

Pour cette première journée d'étude organisée par la Fédération des Services de Santé Mentale wallons, nous avons souhaité porter l'accent sur l'accueil ou plutôt sur les différentes modalités d'accueil que nous rencontrons en Service de Santé Mentale. Cet accueil, cette hospitalité est certainement un des éléments fondamentaux qui caractérise notre pratique clinique – ou plutôt nos pratiques cliniques, puisque là-aussi, il serait plus adéquat d'en parler au pluriel.

L'accueil consiste à offrir en première instance la possibilité pour chacun et chacune, le tout-venant dit-on, de pousser la porte d'un Service de Santé Mentale pour y être entendu et accompagné dans ce qui fait difficulté et souffrance.

L'accès est direct, sans condition préalable ni diagnostic préalable, si ce n'est de se trouver peut-être en situation de précarité financière. On parlera ici de première ligne.

En dernière instance, l'accueil propose une offre de soin qui donne à chacun un espace-temps qu'il lui est propre et nécessaire pour construire un praticable le temps qu'il faut. On parlera cette fois d'une dernière ligne.

Chaque personne est accueillie et accompagnée dans sa singularité, au cas par cas, en respectant son rythme, quel que soit son rapport au monde. Nous aurons l'occasion d'en entendre quelques témoignages cet après-midi.

Parler d'accueil, c'est avant tout convoquer les lois de l'hospitalité, mais aussi parler de ce qui fait rencontre et bien sûr, parler du contact.

Nous n'aurons pas suffisamment de temps ce matin pour revisiter ou de déplier ces concepts d'hospitalité, de rencontre ou encore de contact qui sont au fondement du lien social et de l'échange anthropologique.

Rappelons toutefois, que depuis la nuit des temps, faire acte d'accueil, c'est faire place à la singularité : l'autre qui est accueilli est toujours porteur d'altérité. Pour garantir ce trait de différenciation, le geste d'accueil doit se vouloir inconditionnel.

Le respect des Lois de l'hospitalité nécessite dans un premier temps qu'autrui soit accueilli a priori dans un certain anonymat, sans lui poser de question, sans que rien ne lui soit demandé en retour.

L'éthique de l'hospitalité ne se marie pas, du moins dans ce premier temps, avec de quelconques règles, critères ou contraintes, afin de faciliter à l'autre accueilli, le passage vers un autre monde qui ici se constitue pour lui en lieu de parole et permette progressivement de transformer l'étranger en familier.

L'hospitalité est une articulation entre deux mondes, une dialectique du seuil entre un dedans et un dehors où pourra s'inscrire un battement entre ouverture et fermeture.

A la base de ces diverses modalités d'accueil, se loge l'accueil comme fonction qui vise la mise en place des conditions minimales pour qu'une rencontre – clinique - puisse avoir lieu, c'est-à-dire l'ouverture vers un espace de transfert, vers un nouveau lien. Pas de rencontre sans accueil pourrait-on dire.

C'est là me semble-t-il un des ponts en filigrane que l'on peut certainement faire avec le récent avis du Conseil Supérieur de la Santé intitulé « *DSM(5) utilisation et statut du diagnostic et des classifications des problèmes de santé mentale* » dont nous avons invité ce matin l'un de ses rédacteurs, le docteur Jean-Louis Feys.

Cet avis indique, je cite que : « *La prise en charge des plaintes psychiques doit se faire indépendamment de leur gravité, de manière non médicalisante, en mettant au centre la perspective et l'attribution de sens* ». Et de conclure « *des structures d'aide à bas seuil sont pour cela nécessaire* ».

Pouvons-nous assimiler les Services de Santé Mentale à des structures d'aide dites « *bas seuil* » ? A priori, nous pourrions en faire l'hypothèse ? Mais, pour s'en assurer, il nous faut définir au préalable ce qu'on entend par *bas seuil*. Autrement dit, de quoi *bas seuil* est-il le nom ?

Le *Bas seuil*, dans cette perspective, pourrait être le nom d'un accueil tout-venant qui ne fait pas des souffrances existentielles, inhérentes à notre condition humaine, un trouble à gérer qui exclurait sa dimension anthropologique, sa complexité et son pathos et on pourrait

ajouter à cette liste les mutations ou les métamorphoses de nos coordonnées anthropologiques dont Jean-Louis Génard nous parlera ce matin.

Dès lors, « Comment faire rencontre ? », enjeu nodal de l'accueil, devient ici la question centrale et notre boussole dans le travail clinique. D'emblée, l'accent porte sur la sphère relationnelle et la parole, sur ce qui fonde l'échange et le lien à l'autre, travail exigeant pour le praticien qui doit rencontrer la personne là où elle en est dans son trajet, en respectant sa temporalité et non là où nous l'attendons habituellement. La nuance est fondamentale.

Dans cette façon d'envisager la clinique, la possibilité et la contingence de la rencontre viennent se substituer à la demande de projet et de conformité classiquement attendue. Il s'agit de soutenir un trajet, « *un chemin qui se fait en marchant* », selon les mots du poète Antonio Machado et qu'aimait rappeler Jean Oury.

Au creux de cette démarche d'hospitalité *bas seuil* se loge un enjeu éthique fondamental évoqué plus haut, celui d'un accueil inconditionnel.

Parler d'accueil inconditionnel est sans doute un forçage sémantique parce que toute rencontre exige bien entendu quelques conditions minimales pour advenir. Il y a toujours un seuil à franchir invitant les acteurs en présence à un certain renoncement ou à une entame pour entrer dans l'échange. Il y a une perte à consentir.

Parmi ces quelques conditions minimales, soulignons la nécessité de co-construire une langue d'accueil singulière pour que de l'imprévisible ait lieu : quelque chose de l'ordre de l'évènement qui n'arrive que par surprise et marque les protagonistes.

Le bas seuil est donc une pratique qui nécessite de programmer de l'inattendu, de l'imprévisible, du hasard.

C'est une pratique qui implique de proposer des accueils multiples, des dispositifs souples, à géométrie variable, capables de recueillir les coordonnées d'une question au moment où elle se pose, en quête d'une adresse. Sans cette possibilité pas de bas seuil.

Mais cela n'est pas toujours aussi réalisable que nous le voudrions faute de moyens suffisants.

En un mot comme en cent, faire le pari de la clinique dite *bas seuil* c'est tenter de nous constituer comme lieu d'adresse pour inventer avec ceux que nous accueillons un nouveau lien afin de leur permettre d'habiter un peu mieux leur existence.

## **Entre Première ligne et dernière ligne**

### **Quel(s) accueil(s) en Service de Santé mentale**

Mesdames, Messieurs,

Tout d'abord je tiens à excuser Madame la Ministre de son absence, retenue par ses obligations au Parlement wallon mais qui se joint à moi pour vous souhaiter plein de succès durant cette journée d'étude organisée par la FEWASSM.

Au regard du programme de la journée, le travail effectué dans le secteur de la santé mentale est aujourd'hui incroyablement diversifié et ce pour répondre aux défis de notre société mais aussi à ses dérives, laissant bien souvent au bord du chemin des personnes en grande souffrance.

Les services de santé mentale ont un champ d'actions et un panel d'activités tout aussi étendus afin de répondre à ces demandes.

En ce début de législature et pas plus tard que la semaine dernière, la FEWASSM a été invitée au cabinet afin de faire le point sur les dossiers en cours.

Comme vous avez certainement pu le constater, il est indiqué dans la Déclaration de Politique Régionale que « le financement et les modalités des services de santé mentale seront revus pour répondre à l'augmentation des besoins de prise en charge de la santé mentale de première ligne et que l'accès rapide à des soins psycho-sociaux non résidentiels sera une priorité, notamment pour les enfants et adolescents »

A ce titre et dès l'année 2020, nous travaillerons en concertation avec le secteur afin de mettre l'accent sur l'accessibilité des soins en santé mentale dans la cité. L'objectif étant d'améliorer la lutte contre les discriminations, la pauvreté et ce, en y développant des politiques de soins de santé mentale efficaces et intégrées.

De l'autre, nous ferons évoluer la législation en vigueur. Ce travail dans le secteur dans la santé mentale s'effectuera à travers une réflexion globale et transversale afin de mettre en cohérence les politiques des prochaines années face aux enjeux et besoins de la population.

Nous sommes conscients que l'évolution de la législation propre aux services de santé mentale est un sujet important de ce début de législature et nous nous y attèlerons avec toute la rigueur nécessaire mais aussi une écoute très attentive.

Les enjeux de la santé mentale sont intersectoriels mais concernent également les différentes tranches d'âge.

### Enfants/ados

Nous souhaitons accentuer la prise en charge des enfants et adolescents en soutenant les initiatives existantes ainsi que les Nouvelles Politiques de Santé mentale pour Enfants et Adolescents qui ont notamment dans leurs missions, le développement d'équipes mobiles de soins de crise ou de longue durée, l'échange et la valorisation des expertises entre les professionnels et ce afin d'éviter les ruptures dans les processus de soins.

En effet, les souffrances psychiques sont de plus en plus précoces et il est nécessaire de mettre autour de la table l'ensemble des professionnels dans les processus d'observation et de détection des problématiques rencontrées afin d'accroître en amont les politiques de prévention. A terme il en va de l'amélioration de la santé psychique des enfants mais également des familles souvent démunies face aux problématiques de plus en plus complexes.

### Adultes

La mise en place de la réforme des soins de santé mentale pour adultes « psy 107 » va fêter ses 10 ans et nous souhaitons également évaluer en coopération avec tous les acteurs impliqués les éventuelles pistes d'amélioration pour garantir une continuité dans la prise en charge des soins des patients en Wallonie. Aujourd'hui, 20 à 25 % de la population souffre de troubles de la santé mentale et le taux de suicide est plus élevé en Wallonie que dans le reste de la Belgique, mais aussi par rapport aux autres pays européens.

Permettre aux différents publics d'accéder à des soins de santé mentale de qualité est un enjeu majeur pour notre société. Aujourd'hui, il existe une offre de soins en région wallonne mais son accessibilité notamment pour les populations les plus pauvres n'est pas toujours aisée en fonction des régions de résidence.

Comme vous le savez, tous ces enjeux ne pourront pas se construire sans dialogue ni concertation et ce, à tous les niveaux de pouvoir et à ce titre, les différents acteurs de terrain auront leur place.

Au nom de Madame la Ministre, je vous souhaite une très belle journée riche en échanges et en rencontres.

## Le retour de l'approche dimensionnelle des classifications en psychiatrie. Rappels historiques et problématiques contemporaines

### Introduction

En juin 2019, le Conseil Supérieur de la Santé en Belgique a publié un avis sur « *Le DSM-5- Utilisation et statut du diagnostic et des classifications des problèmes de santé mentale* ». Cet avis a réveillé, en Belgique et principalement en Flandre, les vieux débats et les anciennes polémiques entre les approches dimensionnelles et catégorielles des classifications des phénomènes psychiatriques. L'avis prend clairement et sans nuance position pour une approche dimensionnelle et reproche au DSM-5 et à la CIM de considérer les troubles comme des espèces naturelles: « *D'un point de vue épistémologique, les classifications partent en effet du postulat que les troubles mentaux sont des espèces naturelles, et que leur désignation sont les reflets de distinctions objectives entre différents problèmes, ce qui n'est pas le cas. Les limites entre personnes ayant une maladie et celles qui en sont indemnes sont plutôt d'ordre dimensionnel que catégoriel* » [1, p.5]. Les phénomènes psychiatriques ne sont pas l'équivalent des substances chimiques ou des espèces d'animaux. L'eau, par exemple, est une espèce naturelle, explique l'avis, parce que tous les échantillons d'eau sont fondamentalement identiques ; ils possèdent la même structure et se comportent toujours de la même façon. : « *l'équivalence de tous les échantillons d'eau est indépendante de notre point de vue et de nos préférences de classification, nos intérêts financiers, nos pratiques sociales ou nos considérations morales(...)* Partir du principe que les désignations des troubles mentaux répertoriés dans le DSM ou la CIM représentent des catégories d'espèces naturelles c'est sous-entendre que ces désignations sont le reflet de distinctions objectives entre les divers types de problèmes psychiatriques » [1, p.5].

Cette approche catégorielle et naturaliste du DSM et de la plupart des autres classifications psychiatriques y est assimilée à une conception biomédicale qui favoriserait la stigmatisation et la discrimination dont souffrent souvent les patients souffrant de pathologies psychiatriques. Les experts rappellent que « *aucun marqueur génétique ne s'est encore avéré utile pour identifier de manière prospective un quelconque trouble psychiatrique*» [1, p.7].

Le conseil souligne aussi l'impact de la pratique classificatoire sur la personne elle-même et son entourage et propose une autre approche du diagnostic : « *ces catégories de troubles devraient être considérées comme de larges spectres, au sein desquels une variation de symptômes peut survenir et où des transitions fluides vers un état de bien-être personnel et social sont possibles* » [1, p.28].

Le but de cet article est de profiter de cet avis du Conseil Supérieur de la Santé en Belgique pour relancer le débat toujours d'actualité entre ces deux approches catégorielle et dimensionnelle mais aussi questionner les affirmations du Conseil au sujet du DSM. L'article va d'abord rappeler des principes épistémologiques d'une classification et complexifier le débat en tentant de distinguer également une classification dogmatique d'une classification qui ne s'appuierait pas sur le paradigme dogmatique ou naturaliste. Nous allons ensuite illustrer ces propos par un rappel historique de positions de Pinel et d'Esquirol d'une part, et de Léopold Szondi et Jacques Schotte, d'autre part. Pinel et Esquirol pour rappeler qu'au départ de l'aliénisme, l'approche était dimensionnelle et qu'il ne serait pas correct d'assimiler toute la psychiatrie asilaire et hospitalière à des classifications naturalistes. Léopold Szondi va nous permettre de donner un exemple de classification dimensionnelle mais naturaliste, ce qu'a voulu éviter Schotte en modifiant de manière fondamentale l'approche de Szondi. Après ce détour, nous reviendrons au DSM pour nuancer l'avis du Conseil Supérieur belge qui qualifie le DSM-5 de « catégoriel et naturaliste ».

Enfin, l'article tentera de préciser les implications cliniques et politiques de cette opposition «catégorielle » versus « dimensionnelles » car cette opposition reste un enjeu crucial pour la réorganisation du savoir psychiatrique et la rénovation de la classification nosologique et elle peut avoir des répercussions sur l'organisation des soins en santé mentale.

## A. Les classifications

### Classifier

Au risque de schématiser ce que nous avons déjà voulu développer dans un ouvrage [2], nous pourrions défendre qu'il existe deux manières de concevoir les phénomènes et leur

classification : une conception dogmatique et une conception constructiviste<sup>1</sup>. Dans ***une conception dogmatique*** des phénomènes, les phénomènes sont perçus sans qu'on tienne compte de la perception. Dans une telle perspective dogmatique de la classification, il faut distinguer, d'une part, l'opération de classer et, d'autre part, ce que l'on classe – les choses qu'on distribue par classes, par catégories. **Classifier**, c'est définir des groupes, des sous-groupes et y inclure des éléments. C'est une opération qui se réfère à la théorie des ensembles, aux lois mathématiques, indépendantes du temps et de l'espace. Le fondement de toute classification se construit sur l'idée des ensembles. La condition pour qu'une chose puisse faire l'objet d'une classification dogmatique est qu'elle soit dotée d'une assise ontologique suffisante. Les choses que l'on classe doivent avoir une identité suffisamment stable. Seules les idées et les substances assurent une stabilité suffisante aux choses et peuvent dès lors être un support de définitions permettant une classification dogmatique. Les **idées** peuvent être des concepts (le triangle, la vertu) ou des nombres (huit). Elles sont universelles et atemporelles. Les **substances** peuvent être élémentaires ou complexes. Les substances **élémentaires** (l'hydrogène) sont indestructibles et intemporelles tandis que les substances **complexes** (les plantes, les animaux, l'homme) évoluent au cours de leur existence. Les idées et les substances élémentaires seront l'objet de **classifications essentialistes**: c'est l'essence même d'une idée ou d'une substance élémentaires qui sera déterminante pour l'ensemble dans lequel elle sera classifiée. Tandis que l'évolution des substances complexes permet de passer de leur essence à leur évolution. Pour **Darwin**[3], la norme qui permet de penser la classification n'est plus l'essence des choses telle que prévu dans le plan de création de Dieu mais l'évolution naturelle des espèces. On passe ainsi d'une classification essentialiste à une **classification naturaliste**. En outre, la validité d'une idée ou d'une substance c'est leur séparabilité. C'est parce qu'on peut les séparer qu'elles sont valides et qu'on peut les classer.

En revanche, dans ***une approche constructiviste*** [4] des phénomènes perçus et de la réalité, il n'est pas possible de dissocier l'objet perçu et l'acte de percevoir, la classification et l'acte de classer. Percevoir et classer se font toujours en tenant compte de la personne qui perçoit et classe. La prise en considération de la subjectivité de la personne qui perçoit et classe

---

<sup>1</sup> Dans notre ouvrage sur les systèmes, nous avons tenté de distinguer deux positions constructivistes différentes : le scepticisme qui mène à un relativisme général et l'intuitionnisme qui, tout en tenant compte de la subjectivité de la personne, vise à obtenir des lois universelles.

empêche la fondation d'une classification purement naturelle. Les choses n'ayant plus une assise ontologique par elles-mêmes, elles ne peuvent faire l'objet d'une véritable classification naturelle. En revanche, rien n'empêche que la méthode constructiviste ne construise une classification. Mais il s'agira alors toujours de classification artificielle, en rien comparable aux véritables lois classificatoires telles qu'on les rencontre dans un système dogmatique. Par ailleurs, cette classification d'origine constructiviste peut s'affranchir de la théorie des ensembles. Elle peut, comme nous le verrons, penser une classification de phénomènes qui ont entre eux un rapport autre que celui propre aux ensembles, un rapport en réseaux par exemple.

### Conception dimensionnelle et catégorielle des phénomènes psychiatriques

Revenons à notre opposition entre approche catégorielle et dimensionnelle en psychiatrie et commençons par préciser les définitions. *L'approche catégorielle* des troubles mentaux est l'approche traditionnelle qui caractérise toute entreprise de classification : il s'agit d'établir des ensembles regroupant des catégories précises aux propriétés clairement définies. Une classification catégorielle, c'est une affaire de oui ou non, d'appartenance ou pas à un ensemble. Un ensemble, une classe est déterminée par un ensemble de propriétés ou critères et un objet donné possède ou non ces propriétés. L'approche catégorielle correspond parfaitement aux classifications essentialistes ou naturalistes. Ce sera l'approche traditionnelle en médecine et en psychiatrie. Pour la médecine, **Thomas Sydenham** et **Carl von Linné** sont régulièrement cités comme exemples de classificateurs apparentés aux classifications essentialistes: les espèces vivantes ont été créées par Dieu lors de la Genèse et n'ont pas varié depuis. A leur époque, médecine et botanique sont apparentées. Linné, par exemple, devient titulaire de la chaire de botanique et matière médicale en 1783. Il est l'un des principaux acteurs de cette médecine qui, avant la période anatomoclinique, espère affirmer sa scientificité en se fondant sur des méthodes descriptives. Au XVIIIe siècle la médecine est soumise cette règle naturaliste, dont l'objectif est d'établir des classes, des familles, des espèces et cette logique classificatoire va perdurer pendant plusieurs siècles et influencer les classifications psychiatriques. Si le raisonnement du psychiatre doit relever du champ général de la médecine, il se doit d'inscrire son objet, les phénomènes psychiatriques, dans le champ général de la médecine et celle-ci impose de les inscrire dans l'ordre de la nature: il s'agit de retrouver les mêmes symptômes chez différents individus pour les regrouper en syndromes,

en espèces, en classes. L'œuvre d'**Emil Kraepelin** illustre sans doute au mieux cette volonté d'une psychiatrie naturaliste. Son œuvre principale est la rédaction successive des différentes (huit) éditions de son manuel, tâche à laquelle il va s'atteler entre 1883 et 1896. Ses classifications successives reposent sur la notion de maladies mentales définies à partir de l'évolution et de l'état terminal. Kraepelin ne s'occupa à aucun moment des aspects psychopathologiques des symptômes, il est convaincu de l'étiologie « endogène » des maladies et se limite à des considérations descriptives et classificatoires. Il estime d'ailleurs que c'est un avantage de ne pas connaître la langue du patient ; cela permet à l'observation de ne pas être perturbée par le discours du patient. « *C'est la délimitation et le groupement des formes morbides qui doivent rester au premier plan de notre tâche et servir de base à tout travail ultérieur.* » [5, p.11] Les modèles dont Kraepelin se sert pour définir la maladie sont la paralysie générale de **Bayle** et la catatonie de **Kahlbaum**. Bayle parce que bien sûr l'étiologie anatomoclinique de la paralysie générale venait confirmer ses hypothèses de causalité « endogène » et neurologique. Tandis que la catatonie de Kahlbaum est, pour Kraepelin, l'exemple de maladie mentale véritable. Kahlbaum est, selon lui, parvenu à établir de manière systématique la différence entre un tableau morbide et une maladie mentale véritable. Il ne s'est pas contenté de regrouper plusieurs symptômes mais il a cherché quelle était la maladie mentale sous-jacente pour en prévoir l'évolution. La conception nosologique de Kraepelin s'inscrit tout-à-fait dans la continuité de l'approche botanique de Sydenham et Linné. Les « maladies mentales » sont considérées comme des substances ayant une causalité naturaliste et une évolution prédéterminée.

A cette approche naturaliste et catégorielle des classifications s'oppose l'approche dimensionnelle. Même si l'expression « **approche dimensionnelle** » n'est pas univoque, on pourrait résumer que dans une conception dimensionnelle, on estime qu'il existe un continuum entre le normal et les différentes expressions du pathologique. Il y a entre les deux, une échelle progressive susceptible de nombreux paliers intermédiaires. Les différents symptômes en psychiatrie se répartissent suivant des continuums qui vont du normal jusqu'au pathologique sans qu'il y ait des entités pathologiques naturelles. A l'instar de l'hypertension et de l'hypercholestérolémie, la pathologie ne serait que statistique et variable d'une époque à l'autre.

Comme exemples d'une approche dimensionnelle, nous allons rappeler les positions des

fondateurs de l'aliénisme en France (Pinel et Esquirol) et l'œuvre de Jacques Schotte.

## B. Des classifications dimensionnelles

### 1. La conception anthropologique et dimensionnelle de Pinel et Esquirol

#### La « manie sans délire » de Pinel

La première édition du « Traité de la manie » de **Pinel** date de l'an IX (année de calendrier républicain qui correspond dans le calendrier grégorien à la période du 23 septembre 1800 au 22 septembre 1801). Rappelons que le reproche principal de **Marcel Gauchet** et **Gladys Swain** [6] à l'encontre de **Michel Foucault** est d'avoir travaillé surtout à partir de la deuxième édition du traité paru en 1809. Or c'est dans cette première édition qu'apparaît clairement ce qui fonde les thèses de Pinel. Cette édition rassemble des articles et mémoires soutenus ou publiés isolément et commence par un texte sur « la manie périodique ou intermittente ». Comme son titre l'indique, ce texte décrit et explique qu'un insensé peut être dans un état de fureur pendant 15 jours par an alors que le reste de l'année il est calme et jouit pleinement de sa raison. Cette observation banale à notre époque permet, à l'époque, une révolution quant à la conception de la folie : la folie n'est plus en opposition totale à la raison. La « manie sans délire » est l'emblème de sa réforme mais disparaîtra en tant que telle dans la seconde édition. Or cette notion de « manie sans délire », de folie sans délire soutient que, non seulement, la folie peut se limiter dans le temps, mais aussi que la personne peut, à côté de ses idées délirantes, garder, dans plusieurs autres domaines, une capacité de logique et de raisonnement parfaitement normale. La folie n'est plus perte totale et définitive de la raison mais contradiction au sein même de la raison qui reste toujours présente. Toute la classification proposée par Pinel repose sur ce principe. Ces 5 catégories (mélancolie, manie, manie sans délire, démence, idiotisme) vont donc du moins vers le plus dans l'atteinte de la subjectivité de l'aliéné, dans la perte de distance qu'il a avec sa folie, de la folie la plus circonscrite vers la plus généralisée. On a donc à faire ici avec une classification qui repose sur une structure de compréhension qui détermine à la fois l'ensemble de la classification et la division interne. Là se situe l'originalité de la classification de Pinel. Il ne juxtapose pas des entités déterminées selon des critères externes (divers symptômes ou les défauts de certaines

facultés) mais il articule les différentes catégories en fonction d'une organisation interne entre elles. Que le fou ne soit pas complètement fou a bien sûr des conséquences d'un point de vue thérapeutique. Cela permet aux médecins de croire enfin aux possibilités de sa curabilité. Il s'agit dès lors « d'entrer dans l'esprit » des aliénés, de s'appuyer sur ce qui leur reste de raison pour les « diriger » vers la guérison. Puisqu'il existe un écart entre le fou et la folie, c'est à cet endroit précis que doit agir le psychiatre. Il doit être possible d'extirper la folie de la raison restante. C'est là qu'apparaît le traitement moral. Il faut donc faire appel aux facultés intellectuelles, aux sentiments, aux « passions » du patient et non plus aux traitements qui visent le corps du malade. Il s'agit d'entrer en contact avec lui, de gagner sa confiance pour ensuite le diriger vers des idées plus raisonnables. La folie n'est plus abordée en termes d'altérité irréductible mais en termes de ressemblance.

### Les « passions » d'Esquirol

**Esquirol** [2] reprend la conviction de son maître qu'il faut cesser de concevoir le fou comme un être absolument enfermé en lui-même et radicalement coupé de lui-même. Le concept créé par Esquirol qui va se généraliser et connaître un franc succès et cela bien au-delà du milieu médical est bien sûr celui de « monomanie » auquel Esquirol reste d'ailleurs historiquement associé. Ce terme de monomanie permet à Esquirol de rester fidèle à son maître en perpétuant l'idée de « délire partiel » puisque certains aspects de l'entendement sont touchés alors que d'autres sont intacts. Le délire peut être circonscrit à un ou plusieurs objets: une lésion partielle de l'intelligence, des affects ou de la volonté. En ce qui concerne les causes de la folie, les positions d'Esquirol sont dans le prolongement des thèses de son maître. Rappelons que la thèse d'Esquirol en 1805 a pour titre : « Des Passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale » [7]. Ce sont les passions humaines qui s'expriment dans les manifestations de la folie mais c'est aussi au niveau de ces passions qu'il faut chercher la cause de l'aliénation et le traitement ne passe plus par des actes physiques mais par un travail sur ces mêmes passions. Faire des passions la cause des troubles, c'est bien sûr relier les symptômes observables cliniquement avec les mouvements ordinaires de l'âme et les affections morales primitives de l'individu. Nous sommes là au cœur même d'une position anthropologique et dimensionnelle de la folie. L'aspect dimensionnel de son approche est parfaitement illustrée par cette citation d'Esquirol en 1816 : « *Que de richesses attendent le philosophe qui, se dérochant au tumulte du monde, parcourt*

*une maison d'aliénés. Il y trouvera le même monde, mais modifié de façon à lui faciliter la tâche : les traits sont plus forts, les nuances plus marquées, les couleurs plus vives, les effets plus heurtés, parce que l'homme est dans toute sa nudité* » [8, p.308].

### « De la non-existence des monomanies »

Pourquoi cette position anthropologique de Pinel et d'Esquirol va-t-elle se perdre ? Pourquoi toute l'originalité de leurs positions va-t-elle disparaître en quelques décennies ? Il y a certainement plusieurs raisons à cela. La volonté des psychiatres que leur discipline soit reconnue par l'ensemble du corps médical et la crainte que leur pratique, à défaut d'inscription claire dans le champ médical, soit associée à du charlatanisme est certainement un élément décisif. Mais une des critiques adressées à la monomanie est justement son aspect « dimensionnel » : il est impossible d'établir une frontière nette entre le normal et le pathologique dès lors qu'on accepte l'étiologie passionnelle de l'aliénation. Très vite, les juristes vont critiquer cette monomanie qui envahit les tribunaux. Si toute folie est causée par une passion, comment faire la différence entre une folie meurtrière causée par une passion et un crime commis sous l'emprise d'une passion mais dont le criminel reste responsable ? Cette confusion entre folie et passion rend le diagnostic de monomanie impropre aux affaires criminelles et va contribuer à la condamnation de cette notion.

Vers 1852, plusieurs psychiatres s'attaquent donc à la notion de « monomanie » et principalement **Jean Pierre Falret**, un étudiant d'Esquirol qui publie cette année une thèse sur la non-existence de la monomanie [9]. Les critiques de Falret sont reprises et développées par d'autres (**Benedict-Augustin Morel, Bariod, ...**) : contrairement à ce que défendait Esquirol, ils soutiennent que les délires ne sont jamais confinés à un seul thème et que le patient ne garde pas un processus de raisonnement normal en dehors de sa seule idée fixe [8, p.256]. C'est la théorie des dégénérescences de Morel qui va prendre le relais de la monomanie et tenter de résoudre la question de la responsabilité dans les expertises médico-légales.

### 2. L'anthropopsychiatrie de Jacques Schotte

L'intérêt de ce rappel des travaux de **Jacques Schotte** est de donner un exemple de classification psychiatrique dimensionnelle mais aussi, à partir du tableau des vecteurs

pulsionnels de **Léopold Szondi**, de montrer qu'une classification dimensionnelle peut également avoir des fondements naturalistes.

### La nosographie comme fondement de l'anthropopsychiatrie

«*C'est la nosographie qui constitue la trame de mon anthropopsychiatrie*» [10, p.126]. Pour imposer la psychiatrie en tant que discipline ayant une logique propre, une pensée auto-logique, pour la défaire du mélange bio-psycho-social, Schotte estimait qu'il est nécessaire de s'interroger sur son épistémologie, sur le statut d'un symptôme psychiatrique, sur le rapport entre le normal et les pathologies ainsi que sur les interactions entre les différentes pathologies. La nosographie est révélatrice de la manière dont ces questions sont abordées, elle est révélatrice des présupposés concernant l'épistémologie de la psychiatrie.

### Les vecteurs pulsionnels de Szondi

L'alternative à une classification d'espèces morbides, Schotte la retrouve chez Szondi et son tableau des vecteurs pulsionnels. **Léopold Szondi** (1893-1986), psychanalyste hongrois, a réalisé une énorme recherche généalogique sur de nombreuses familles. Il cherchait ainsi à élucider la transmission génétique de facteurs conditionnant notre vie mentale. Au cours de cette recherche, sa conception de la transmission évolue et Szondi passe progressivement de l'idée de constitution à celle de destin et de choix. Il passe ensuite à la question de la détermination de ces choix. Il se réfère alors plus directement à **Freud** et lui emprunte le concept de **pulsion**. La pulsion est ce qui pousse au choix. Pulsions et destin sont donc liés puisque le destin est déterminé par les choix et que les choix sont motivés par les pulsions. Szondi étend cette notion de choix aux registres qui déterminent le destin d'un homme : choix amoureux ou amical, choix professionnel ou artistique, mais aussi « choix » d'une pathologie.

En 1944, dans *L'analyse du destin*, [11], Szondi identifie ainsi une série de « besoins pulsionnels » qui correspondent, selon lui, aux gènes qui les déterminent et aux

formes de leurs manifestations visibles (la maladie, la profession, etc.). Il distingue 4 pulsions<sup>2</sup> ou vecteurs pulsionnels : le vecteur du Contact, le vecteur de la Paroxysmalité, le vecteur de la Schizoïdie et le vecteur Sexuel. Nous ne pouvons pas ici détailler et développer chaque vecteur pulsionnel. Pour cela, nous vous renvoyons aux séminaires de Schotte consacré à ce sujet [12, 13], à son livre *Szondi avec Freud* [14], à *Nosographie* [15], ou aux différentes livres écrits sur ce sujet [16,17, 18]. Ce qui est important pour le propos de cet article est que les éléments qui sont constitutifs du destin et donc dépendants des pulsions se retrouvent au sein d'une même famille. Ce sont soit les maladies psychiatriques, soit ce qui permet de les éviter, à savoir les choix culturels (les professions, les activités artistiques, etc.). Szondi établit ainsi des correspondances entre les formes de pathologies et les formes d'humanisation, qu'il s'agisse de manifestations socialisées (les professions) ou de manifestations sublimées :

Vecteurs pulsionnels	Sexuel	Paroxystique	Schizoïde	Contact
Manifestations pathologiques	Perversions	Névroses, épilepsie	Psychoses	Troubles de l'humeur, psychopathies
Manifestations Socialisées	boucher, sculpteur, chirurgien, ...	Politicien, acteur, ...	Poète, écrivain, psychiatre, instituteur, ...	Antiquaire, banquier, cuisinier, ...
Manifestations Sublimées	Humanisme littéraire, ...	Religion, morale, art dramatique, ...	Philosophie, mathématiques, ...	Economie politique, ...

Szondi rejoint ainsi la tendance anthropologique et dimensionnelle de Freud qui, dans *Totem et Tabou*, rapproche les névroses des manifestations artistiques ou culturelles (hystérie et théâtre, névrose obsessionnelle et religion, paranoïa et philosophie) [19, p.114]. La nosographie ne sera plus désormais une collection de maladies ou de syndromes définis à partir d'une causalité naturelle supposée ou à partir de normes sociales et culturelles mais sera déterminée par un nombre limité de problématiques universellement humaines. Il n'est dès lors plus question de séparer

les pathologies de la santé mentale. Il n’y a plus de séparation nette entre pathologie et santé, ni entre pathologie et activités humaines.

Mais, tout en passant de la constitution au destin, du destin au choix et du choix à la pulsion, Szondi n’abandonnera jamais sa conviction selon laquelle il y aurait une détermination génétique sous-jacente. Le choix pour Szondi reste génétiquement déterminé. Schotte qui refusera un tel déterminisme génétique. Il ne veut pas d’une classification naturaliste, propre à la botanique de Sydenham et Linné. Le problème du tableau pulsionnel de Szondi est qu’il est, d’une part, rigide et figé et que, d’autre part, il reste de l’ordre d’une classification naturaliste, fondée sur la théorie des ensembles (l’ensemble des pathologies dérivées du vecteur Contact, les pathologies du vecteurs de la Paroxysmalité, etc.). Schotte va dynamiser ce tableau des catégories de pathologies psychiatriques et développer l’idée de circuit à l’ensemble des vecteurs pulsionnels de Szondi. Il va complexifier le tableau pulsionnel de Szondi, sortir des colonnes et ensembles de Szondi pour proposer un tableau à deux entrées de pulsions.

		<b>circuits</b>			
v e c t e u r		<b>C</b>	<b>S</b>	<b>P</b>	<b>Sch</b>
	<b>C</b>	prendre  accrocher	coller	être à le  recherche de	lâcher,  se  dérocher
	<b>S</b>	recherche de plaisir	tendance à  la passivité	tendance à  l’activité,  à la maîtrise  des objets	refus  d’erotisatio  n du corps
	<b>P</b>	refus de la censure  et du contrôle  éthique	se montrer,  se porter au  regard	refus de se  montrer	se censurer  (éthique -  surmoi  freudien)

	S c h	tendance à construire ses désirs à partir de l'autre	tendance narcissique	conformation de soi et de l'image de soi à la réalité	besoin de vivre ses désirs et de les exprimer
--	-------------	--	-------------------------	--	---

Les pathologies seront entendues ici comme l'accentuation ou la fixation de ces pulsions ou tendances.

circuits					
v e c t e u r		Contact	Sexuel	Paroxysmalité	Schizoïdie
	C	alcoolisme, toxicomanie	épisode dépressif	phase mélancolique, suicide	phase maniaque
	S	troubles psychosomatiques, névrose, psychopathie	masochisme	sadisme	inhibition
	P	épilepsie, affects brutaux (haine, meurtre...)	conversion hystérique	honte ou pudeur, angoisse de relation, phobie sociale, crises de panique	angoisse de culpabilité, personnalité borderline ou paranoïaque
	Sch	empathie, symptômes psychotiques du vol de la pensée et de l'écho, délire paranoïde de persécution	autisme	schizophrénie catatonique, bouffée délirante, psychose hystérique	délire mégalomane

L'introduction des circuits pulsionnels au sein du tableau pulsionnel de Szondi permet à Schotte de mettre en évidence la dimension d'articulation entre les vecteurs et l'idée selon laquelle la normalité ou la santé mentale dépendrait d'une certaine mobilité de la vie pulsionnelle. Chez la personne en « bonne santé mentale », les pulsions seraient perpétuellement en mouvement et s'équilibreraient tandis que la pathologie se caractériserait par la fixation ou l'amplification de la pulsion à un endroit du circuit. On voit, dans le schéma ci-dessus, que le tableau de Szondi devient véritablement un système de combinaison avec des intrications d'une pathologie dans une autre : « *Ainsi émergent des rapports d'intrication qui imposent*

*que le schéma szondien tient ensemble par des lois de structure et ne résulte pas d'une réunion fortuite d'éléments divers.* » [20, p.94]. On quitte ainsi le domaine de la classification naturelle où les pathologies existent les unes à côté des autres pour découvrir l'articulation d'une structure unique au sein de laquelle les pathologies sont imbriquées : « *il n'y a plus tellement ce qui communément s'appelle des maniaques, des sadiques, des hystériques, des schizophrènes, etc., comme autant de 'catégories' de malades classés selon tels ou tels critères plus ou moins extérieurs à la psychiatrie, mais surtout des catégories à la fois de pensée et d'être.* » [21, p.31-32].

Il n'est en effet pas question chez lui d'ensembles qui se voient ou se rencontrent dans des intersections ou s'incluent les uns dans les autres. Avec Schotte, les formes de pathologies sont en lien les unes avec les autres, en réseaux et non pas en ensembles : « *Les catégories sont désormais imbriquées... Chacun des facteurs en question ne se définit plus que par rapport aux autres... Plus rien n'a d'existence autonome, tout est reconstitué en et par des réseaux de relations significatives : nous venons de quitter le régime dans lequel les maladies mentales sont considérées partes extra partes, pour découvrir l'articulation d'une structure unique dont l'ensemble les recoupe au lieu de simplement les regrouper.* [21, p.31].

La classification de Szondi est certes dimensionnelle mais reste naturaliste et dogmatique tandis que la classification de Schotte comporte un aspect réflexif et met l'accent sur l'opération de la pensée qui est en train de classer. Son point de départ est dans la pensée. Les circuits, à l'instar de la pensée, sont en perpétuel mouvement. Penser en termes de circuits (et non pas en termes de classes ou d'espèces morbides) permet de prendre en considération en tant que telle cette opération de définition et de classement qui est inévitable lorsque l'on pense. Cela rend possible une remobilisation de tout l'ensemble dans l'interaction et le jeu des éléments entre eux qui empêche la fixation par un diagnostic de l'ordre de l'étiquetage. Ces diagnostics sont de l'ordre de la **présentification**, et non de la **représentation**. Ils sont le produit de constructions de la pensée lors d'une rencontre avec un patient et n'ont rien à voir avec les substances ou les idées ; dès lors, les

diagnostics ne sont jamais définitivement établis mais sont toujours en train de se faire et de se défaire [22].

### C. Le DSM

Revenons au DSM puisque c'était le sujet de l'avis du Conseil Supérieur. Le DSM-5 y est qualifié de classification catégorielle et naturaliste. Questionnons les deux propriétés.

Le DSM-5 est-il catégoriel ? Cette question des approches dimensionnelles versus catégorielles est centrale dans les nombreux débats qui accompagnent chaque nouvelle version du DSM. Si le DSM-I et DSM-II étaient d'inspiration psychanalytique et donc plutôt dimensionnelle, le DSM-III devait marquer le retour triomphant de la pensée catégorielle. Après une période de contestations et de l'apparition de thèses antipsychiatriques, le DSM-III voulait éviter de traiter des problèmes sociaux et d'ordres moraux pour se limiter aux véritables « maladies mentales ». C'est en tous cas, ce que l'histoire de la psychiatrie semble retenir de cet important changement de paradigme que constitue le DSM-III [23]. Mais Steve Demazeux est plus nuancé. Il cite Théodore Million : *«L'introduction dans le DSM-III de l'axe II (personnalité), de l'axe IV (facteurs de stress psychosociaux) et de l'axe V (meilleur fonctionnement adaptif), même s'ils ne sont pas toujours nécessaires, augure volontiers d'une conception radicalement nouvelle du diagnostic psychopathologique. Dorénavant, la norme en matière de classification impose au clinicien de ne pas s'arrêter à l'«entité maladie», mais de viser à dégager un panorama entier de dimensions contextuelles, avec en particulier l'allure générale du fonctionnement psychologique de la personne, les caractéristiques de son environnement et de sa situation, ainsi que de ses forces et ses possibilités de s'en sortir de manière saine et constructive»* [24, p.76]. Si l'axe I se veut clairement catégoriel, les axes II, IV et V introduisent un aspect plus dimensionnel du diagnostic. Mais alors de nouvelles questions apparaissent dont celle du rapport entre l'axe I et l'axe II. Demazeux considère que c'est là que se concentrent la plupart des problèmes épistémologiques en psychiatrie. Soit l'axe II est pensé comme l'axe I c'est-à-dire suivant une approche catégorielle dans la droite ligne du modèle médical. Soit les formes pathologiques de la personnalité ne sont que des variantes extrêmes des dimensions qui caractérisent la personnalité « normale » du commun des êtres humains. Dans le « Trouble de la personnalité », met-on l'accent sur « troubles » ou sur « personnalité » ? Quelle serait la définition d'une personnalité ? Est-ce inné ou est-ce le

produit des interactions socio-culturelles ? La psychiatrie quitte-t-elle le réalisme des maladies mentales pour se réfugier dans le réalisme des traits psychologiques ? Ces débats ont visiblement pris de l'ampleur au fil des différentes éditions qui ont succédé au DSM-III. L'axe II a aussi fait l'objet de nombreuses critiques dans les 30 dernières années. La « fiabilité » entre différents psychiatres (ou soignants) s'avère insuffisante pour les diagnostics de trouble de la personnalité. Par ailleurs, les co-occurrences de plusieurs troubles deviennent la règle dès que les troubles sont sévères. Et de manière plus générale, que ce soit pour l'axe II ou même l'axe I, l'approche catégorielle a montré de plus en plus ses limites. Étrangement, c'est la neurobiologie, la génétique ou la pharmacologie qui ont remis en question cette volonté catégorielle: ces disciplines mettent en évidence des phénomènes particuliers qui ne sont pas en concordance avec les catégories employées dans les classifications. On a, par exemple, montré que le rôle des neuromédiateurs n'est pas spécifique à tel ou tel diagnostic.

Dans la préparation du DSM-5 [25], deux alternatives étaient dès lors possibles : soit renoncer à l'axe I des syndromes cliniques ce qui équivaldrait à l'abandon du modèle médicale en psychiatrie, soit abandonner les autres axes. On sait entre temps que le choix s'est principalement porté vers l'abandon de tous les axes et le maintien d'une approche catégorielle avec des gradations de sévérité pour les syndromes cliniques qui figuraient dans l'axe I des versions précédentes. Quant aux troubles de la personnalité, la position de l'APA est moins claire : l'axe II disparu, les "Troubles de la personnalité" sont l'objet d'un modèle hybride, catégoriel et dimensionnel, modèle dit alternatif. D'une part, les troubles de la personnalité sont une des 20 catégories de troubles mentaux présentés dans la Section II et on peut dire que l'approche retenue dans cette est une perspective "classique", catégorielle, selon laquelle les troubles de la personnalité sont qualitativement distincts des syndromes cliniques et distincts des traits de personnalité de tout un chacun. Mais la Section III du DSM-5 propose aussi un modèle de recherche développé par le groupe de travail « DSM-5 Personality and Personality Disorders ». Ce second modèle est dans une perspective dimensionnelle. L'APA a donc décidé de ne pas trancher dans ce débat en présentant les deux modèles : catégoriel et dimensionnel.

En résumé, le DSM-5 reste une classification globalement catégorielle et qualifier le DSM-5 de classification catégorielle n'est pas faux mais mérite peut-être des nuances qui ne sont pas reprises dans l'avis.

Deuxième question : le DSM-5 est-il une classification naturaliste ? Là aussi, il nous faut d'abord revenir au DSM-III avant de tenter de répondre. Le DSM-III est clairement une tentative de "remédicalisation" de la psychiatrie en voulant éviter les problèmes de la psychopathologie. L'abord syndromique descriptif y est prédominant. Dans l'introduction de ce DSM-III, les auteurs expliquent que « *chaque trouble mental est conçu comme un syndrome ou un ensemble cliniquement significatif, comportemental ou psychologique, survenant chez un individu.* » [23, p. XXV]. Et ils précisent que : « *L'approche choisie dans le DSM est a-théorique eu égard à l'étiologie ou la physiopathologie, à l'exception des troubles pour lesquels celles-ci sont nettement établies.* » [23, p. XXVI].

Deux choses sont essentielles pour notre propos : le passage des « maladies mentales » aux « syndromes » et la position « a-théorique » en ce qui concerne la causalité des phénomènes. D'abord la question des « syndromes » : ce qui caractérise une maladie, c'est l'aspect typique de son début, de son évolution et de sa terminaison, complété, si possible par des données étiologiques. La « maladie » peut être assimilée à « une substance », une entité qui existe en tant que telle, qui évolue. Tandis que le syndrome n'est qu'un groupement typique de signes, possédant une évolution propre mais qu'on pourrait retrouver dans plusieurs maladies, dans plusieurs entités morbides. Le syndrome pleurétique, par exemple, s'observe aussi bien dans la tuberculose que dans le cancer de la plèvre ou dans certaines pneumonies virales. Un « syndrome » n'est donc pas « une maladie » et ne se prête pas à une substantification.

Ensuite la position « a-théorique ». Les diagnostics du DSM-III sont donc détachés de toute idée étiologique ou physiopathologique. On a fait abstraction des questions de causalité pour se limiter à la seule observation qu'on imaginait partagée universellement par tous. Il n'est donc plus question de « maladies » considérées comme des substances complexes ayant une causalité déterminée (par exemple, génétique) et évoluant selon un développement prédéfini, comme c'était le cas pour la démence précoce de Kraepelin. Le regroupement de symptômes en syndromes et la position « a-théorique » pour ce qui concerne la causalité, nous fait dire que le DSM-III n'est pas en soi une classification naturaliste. Ce n'est pas une démarche comparable à celle de Kraepelin ou **Kurt Schneider** [26]. La démarche de construction des DSM depuis 1980 est assez claire et le principe de révision correspond toujours au même modèle: de très nombreux psychiatres donnent leurs avis dans différents groupes de travail et le comité de rédaction doit trouver un compromis entre ces psychiatres, les différents groupes de pression,

les firmes pharmaceutiques, les sociétés d'assurances, etc. Le DSM ne classe ni des idées, ni des substances mais les jugements de divers intervenants quant à la fréquence de tel ou tel symptôme dans tel ou tel trouble. Ces jugements varient au gré de l'évolution de la société. Puisqu'il se veut a-théorique, il ne tolère aucune norme si ce n'est le consensus. Ce n'est qu'un compromis entre plusieurs subjectivités. Le DSM pense construire une théorie des ensembles mais n'aboutit qu'à une classification artificielle, ce qui explique son instabilité et la succession de ses révisions et des nouvelles éditions dont il fait l'objet. Il ne subsiste qu'une illusion de séparabilité, de validité et de fiabilité. Une illusion de scientificité.

Qu'en est-il du DSM-5 ? Au-delà des modifications de certains critères diagnostiques, de la disparition de certains troubles et de la traditionnelle arrivée de nouvelles pathologies, le grand changement conceptuel de cette nouvelle édition du manuel consiste en la tentative d'abandonner prudemment la position a-théorique en vigueur dans les éditions précédentes depuis le DSM-III. Certains troubles sont regroupés en fonction d'une étiopathogénie commune et les auteurs expriment clairement leur souhait de parvenir à construire une classification qui soit basée sur des marqueurs génétiques, biologiques ou provenant de l'imagerie cérébrale. Le DSM-V voudrait donc s'étayer sur des considérations étiopathogéniques. Par cette évolution, la psychiatrie renoue avec ses anciens rêves naturalistes fondés sur une causalité d'ordre neurobiologique et une classification y correspondant. Nous pourrions donc conclure en affirmant que le DSM-5 est moins catégoriel que les versions précédentes mais nourrit des ambitions plus naturalistes.

#### D. Conséquences cliniques et politiques

Cette distinction entre classification catégorielle et dimensionnelle n'est, à notre avis, pas sans conséquences au niveau clinique. Le rappel historique des fondateurs de la psychiatrie, « aliénisme » à l'époque, nous permet une hypothèse qui sera peut-être jugé par certains comme non fondée historiquement mais nous restons convaincus que ce n'est pas hasard que Pinel et Esquirol préconisaient un traitement moral, ancêtre de toutes nos psychothérapies, et ont défendu l'amélioration des conditions de vie des patients alors que dès la psychiatrie hospitalière va prendre le tournant des classifications catégorielles et naturalistes, les traitements corporels vont réapparaître et l'asile va s'apparenter à un endroit carcéral. C'est

lorsque la psychiatrie se sépare du lien entre passion et folie et de celui entre raison et folie et qu'elle oublie les fondements du traitement moral, qu'elle va dériver vers une psychiatrie potentiellement violente. Dès qu'elle renonce à ces fondements anthropologiques, elle s'engage dans un chemin d'une psychiatrie cherchant désespérément à rejoindre le discours médical parfois aux dépens des patients qui ne seront plus considérés comme des semblables. Lorsque la pathologie est considérée comme totalement extérieure à la question de l'être humain, lorsqu'elle est le fait d'un événement extérieur, d'une lésion, d'un dérangement, d'une « maladie médicale » alors le psychiatre n'a rien en commun avec la souffrance de son patient, il peut défendre son extériorité radicale par rapport à ce patient et risque, du haut de son savoir médical, d'opter pour une attitude purement paternaliste ou pour la défense de la société au détriment des droits fondamentaux du patient. Pinel permet de considérer que la folie n'est pas en marge de l'humain mais au centre même de chaque être humain en tant qu'instabilité constitutive. Cette dimension de continuité, d'inscription de la folie au sein même de l'être humain, comme un « privilège » de l'être humain, se retrouvera bien sûr chez Freud et Lacan et dans toute l'œuvre de Schotte. S'éloigner d'une conception biomédicale des phénomènes psychiatriques permet sans doute de les aborder de manière différente. La première démarche du psychiatre ou soignant ne se limite pas à poser le juste diagnostic associé à une hypothèse de causalité mais elle devrait consister en une rencontre avec le patient, rencontre qui se veut d'emblée soin et thérapie, ce qui ne s'oppose en rien à une démarche diagnostique permettant de définir le phénomène présentifié dans cette rencontre.

Steve Demazeux constate que la pensée catégorielle en psychiatrie semble tombée en disgrâce [24, p.1]. Ce n'est sans doute pas par hasard que l'époque actuelle penche d'avantage pour l'approche dimensionnelle. Depuis plusieurs décennies, la santé ne se définit plus par rapport aux maladies, elle n'est plus synonyme d'absence de maladie. Rappelons que la définition de la santé de l'OMS depuis 1948 est: « *un état complet de bien-être physique, mental et social, elle ne réside pas seulement dans l'absence de maladies ou d'invalidités* » [27]. La médecine doit s'occuper de prévention et de la santé de manière générale et pas seulement des maladies. La psychiatrie ne doit plus se limiter aux « maladies psychiatriques » mais à la santé mentale d'une population et donc à une série de problématiques psycho-sociales susceptibles de procurer de la souffrance. Cette logique entraîne inévitablement un effacement des limites entre la « santé » et les « maladies » et un intérêt pour des concepts comme l'autonomie et l'« empowerment » du patient puisque être en bonne santé à notre époque, c'est d'abord

pouvoir être autonome, s'accomplir soi-même, avoir suffisamment d'estime de soi pour se prendre en charge à tous les niveaux et être capable d'adaptation aux aléas de l'existence.

Ce passage d'une pensée catégorielle à une approche dimensionnelle n'est pas sans conséquences pour l'organisation des soins. Si on s'appuie sur une approche catégorielle, les choses peuvent être assez simples. Si les « maladies mentales » se différencient de la « santé mentale » et si elles se distinguent clairement entre elles, il est plus simple d'organiser les soins. En fonction des budgets disponibles, telle pathologie pourra bénéficier de telle structure de soins ou de tels réseaux de soins. L'ambulatorio et le domicile pour telles ou telles pathologies, les services psychiatriques pour les crises et décompensations, l'hôpital psychiatrique pour les pathologies sévères et chroniques, par exemple.

Si les pathologies sont organisées de manière dimensionnelle, c'est plus compliqué. Il faut décider où mettre le curseur sur la ligne de continuité entre le normal et les pathologies. En médecine somatique, on peut encore prendre comme critère la prévention pour décider de l'organisation des soins : pour l'hypertension artérielle ou l'hypercholestérolémie, par exemple, la frontière à partir de laquelle des soins sont proposées peut être motivée par la gestion des risques futurs à craindre. Mais transporter cette logique vers la santé mentale n'est pas facile et on risque de psychiatriser toute une série de problématiques plus sociales.

### Conclusion

L'avis du Conseil Supérieur de la Santé en Belgique sur le DSM, nous a permis de relancer l'ancienne question des classifications en psychiatrie à partir de l'opposition apparue à la fin des années 1980 entre classification catégorielle et dimensionnelle mais aussi celle entre classification naturaliste et constructiviste. Les détours par Pinel, Esquirol, Szondi et Schotte ont illustré ces différentes approches avant de questionner et de nuancer l'avis du Conseil sur le DSM-5. Si l'usage et peut-être l'intention du DSM-5 sont catégoriels et naturalistes, le retour au DSM-III permet de mieux comprendre l'évolution de la classification américaine et les débats qui accompagnent chaque nouvelle version. Nous avons rapidement évoqué aussi les implications cliniques et politiques d'un choix de l'une ou l'autre approche.

### Biblio

1. [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/css\\_9360\\_dsm5.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/css_9360_dsm5.pdf)
2. Feys J.-L., *Quel système pour quelle psychiatrie ?*, Paris: Presse Universitaire de France, Coll. Souffrance et théorie, 2014.
3. Darwin C., *L'origine des espèces*, Paris : Flammarion, 2009.
4. Keucheyan R., *Le constructivisme. Des origines à nos jours*, Paris : Hermann Editeurs, 2007.
5. Kraepelin E., *Leçons cliniques sur la démence précoce et la psychose maniaco-dépressive* , Paris : L'Harmattan, 1997.
6. Gauchet M. et Swain G., *La pratique de l'esprit humain : L'institution asilaire et la révolution démocratique* , France : Gallimard, 1980.
7. Esquirol J.E.D, « *Des maladies mentales (1838)* », Paris, Frénésie éditions, 1989. (Collection Insania).
7. Jean Étienne Dominique Esquirol, *Des passions considérées comme cause, symptôme, et moyen de la maladie mentale*, Paris, Imprimerie de Didot Jeune, 1805.
8. Goldstein J., « *Consoler et Classifier : L'essor de la psychiatrie française* », France, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1997. Collection : les empêcheurs de penser en rond.
9. Falret J.-P, *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés (1864)*, France, Sciences en situation, 1994. Vol.1.
10. Schotte J., *Un parcours, rencontrer, relier, dialoguer, partager*, France, Editions le Pli, 2006.
11. Szondi L., *Das erste Buch: Schicksalanalyse. Wahl in Liebe, Freundschaft, Beruf, Krankheit und Tod*, Basel : B. Schwabe, 1944.
12. Schotte J., *La nosographie psychiatrique comme patho-analyse de notre condition .Notes de cours de Questions approfondies de Psychologie Clinique 1977-1978*. Centre de Psychologue Clinique UCL, Louvain-la-Neuve.

13. Schotte J., L'analyse du destin comme patho-analyse. Notes de cours de Questions approfondies de Psychologie Clinique 1981. Centre de Psychologie Clinique UCL, Louvain-la-Neuve.
14. Schotte J., Szondi avec Freud. Bibliothèque de pathoanalyse. Bruxelles : Editions De Boeck, 1990
15. Schotte J., Nosographie, Collection La Boite à outils d'Institutions, Clinique de la borde, Cour-Cheverny, 2011.
16. Legrand M., Léopold Szondi, son test, sa doctrine, Bruxelles, Pierre Mardaga, 1979.
17. Robinson B., Psychologie clinique, Bruxelles, De Boeck & Larcier, 2003.
18. Feys J-L., L'anthropopsychiatrie de Jacques Schotte. Une introduction, Paris : Editions Hermann, 2009.
19. Freud S., Totem et tabou, Editions Payot, 1965
20. Schotte J., Recherches nouvelles sur les fondements de l'analyse du destin, Notes de cours de Questions approfondies de Psychologie Clinique, 1975-1976, Centre de Psychologie Clinique UCL.
21. Schotte J., Notice pour introduire le problème structural de la Schickalanalyse , Szondi avec Freud, Bruxelles : De Boeck-Wesmael, 1990, pp. 31-32.
22. Fierens C., Comment penser la folie ? Essai pour une méthode, Toulouse : Point Hors Ligne, Editions Erès, 2005
23. DSM-III-R, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Masson, Paris, 1989.
24. Demazeux S., Les catégories psychiatriques sont-elles dépassées ? Philonsorbonne, 2-2008, p.67-88.
25. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition, Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
26. Schneider K., Psychopathologie clinique, Louvain, Nauwelaerts, 1976.

27. Constitution de l’OMS: ses principes » [archive], sur Organisation mondiale de la Santé (consulté le 30 novembre 2019)

28. Demazeux S., Qu’est-ce que le DSM ? Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie, Les Editions d’Ithaque, Paris, 2013.

FOUCAULT (M.), « *Histoire de la folie à l’âge classique* », Gallimard, 1972.

Groupe, 1996.

PINEL (Ph.), « *L’aliénation mentale ou la manie : Traité médico-philosophique* », Paris, L’Harmattan, 2006.

PINEL (Ph.), « *Traité Médico-Philosophique sur l’aliénation mentale* », Paris, Le Seuil, mai 2005.

SCHNEIDER (K.), « *Psychopathologie clinique* », Louvain, Nauwelaerts, 1976.

SCHOTTE (J.), « *Léopold Szondi* » dans « *Szondi avec Freud* ». Bibliothèque de pathoanalyse. Editions De Boeck, 1990.

SCHOTTE (J.), « *Le contact* ». Bibliothèque de pathoanalyse. De Boeck-Wesmael, 1990.

Adam C., « Jalons pour une théorie critique du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) », in *Déviances et Société*, 2012, vol. 36, n° 2, pp. 137-169.

Id., *Psychopathologie de la vie quotidienne*, Paris : Petite Bibliothèque Payot, Editions Payot, 1967

Schotte J., *Un parcours, rencontrer, relier, dialoguer, partager*, France : Editions le Pli, 2006.

Id., « Les perturbations de l'humeur comme trouble de base de l'existence dans Szondi », in *Szondi avec Freud*, Bruxelles : Bibliothèque de pathoanalyse, Editions De Boeck, 1990.

Id., «

Id

Id., *Se mouvoir et sentir : le cycle de la forme du fonctionnement vivant*, Cours de Questions approfondies de Psychologie Clinique 1969-1970. Centre de psychologie clinique UCL.

Vuillemin J., « Formalisme et réflexion philosophique », in *Bulletin de la Société française de philosophie*, 94<sup>e</sup> année (3), juillet-septembre 2000

Id., *What are philosophical systems?*, Cambridge : Cambridge University Press, 1986.

Id., *Nécessité ou contingence. L'aporie de Diodore et les systèmes philosophiques*, Paris : Les Éditions de Minuit, 1984

Fierens (C.), *Logique de l'inconscient. Lacan ou la raison d'une clinique*, Paris: L'Harmattan,

Id. et Pierobon [F.], *Les pièges du réalisme. Kant et Lacan*, Louvain-la-Neuve: EME Editions, 2017.

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



# Recherches sociologiques et anthropologiques

46-1 | 2015 :  
(In)capacités citoyennes

## L'humain sous l'horizon de l'incapacité

*The Human below the Horizon of Incapacity*

JEAN-LOUIS GENARD

p. 129-146

### Résumés

Français English

A l'ancienne division des êtres entre capables et incapables qui prévalait au 19<sup>e</sup> siècle, s'est lentement substituée la perspective d'un continuum anthropologique selon lequel chaque être est pensé à la fois comme capable et incapable, comme fragile, vulnérable, mais aussi comme résilient, comme doté de ressources, de potentiels inexploités. L'article cherche à saisir les conséquences de ce "glissement anthropologique", en s'intéressant particulièrement à ce qui se passe aux extrêmes de ce continuum. Du côté de ceux qui n'en peuvent plus, mais sur lesquels s'exercent d'intenables pressions à la reprise en main de soi, à la responsabilisation, là aussi où l'on assiste à une dualisation des prises en charge opposant les politiques sociales traditionnelles et le référentiel humanitaire. Mais également de l'autre côté du continuum, là où la "normalité" en vient à être potentiellement saisie comme déficience, là où se profile la possibilité et l'attente d'une "augmentation de l'humain".

The ancient division of beings as capable or incapable which prevailed up through the 19th century has gradually been replaced by the perspective of an anthropological continuum according to which every being is at once thought of as capable and incapable, as fragile and vulnerable but also as resilient, as endowed with resources and unexploited potentials. This article seeks to grasp the consequences of this "anthropological shift", in focusing its attention particularly on what happens at the extrema of this continuum. On the side of those who *can't take it anymore*, but on whom intolerable pressures are exerted to get a grip on themselves, to assume responsibility, there too we see a dualization of the care provided, opposing traditional social policies and the humanitarian reference frame. But on the other side of the continuum too, where "normality" may be beginning to be seen as deficiency, the possibility and expectation of an

“augmentation in the human” is emerging on the horizon.

## ***Entrées d'index***

**Index de mots-clés** : responsabilisation, capacité/incapacité, care, humain augmenté, politiques sociales

**Index by keyword** : responsabilization, capacity-incapacity, care, embettered human, social policies

## ***Texte intégral***

# **I. Introduction**

- 1 Tout le monde s'accorde aujourd'hui sur le constat d'une montée, dans de multiples domaines, des référentiels de la capacité et des compétences. Une montée qu'atteste tant leur présence au sein de théorisations qui ont aujourd'hui le vent en poupe – les *capabilities* par exemple –, que leur contribution au reformatage de nombreuses pratiques qui en empruntent d'ailleurs la sémantique – référentiel de compétences, capacitation...
- 2 En réalité, la sémantique des capacités est ancienne. Pour le présent propos, je me contenterai de rappeler les liens qui se sont systématiquement établis, au cœur de la modernité, entre capacité et citoyenneté, conduisant à accorder aux seuls “capables” des droits qui étaient refusés aux “incapables”, liant intrinsèquement “capacité” et “citoyenneté”, ou confiant les “incapables” à des institutions, à des statuts ou à des destins tout à fait spécifiques, très différents de ce qu'il en était pour les “capables”. On se rappellera ainsi à quel point les inégalités de genres furent historiquement liées à l'établissement de différentiels de capacités. En se tournant cette fois vers la question de l'âge, on se rend compte que la question de la capacité est intimement liée à celle de la “majorité”, ou plus précisément de l'attribution à la personne de pléines qualités d'autonomie et de responsabilité. S'il est alors assez clair que le référentiel de la capacité a constitué un puissant facteur de partage des êtres, mais plus encore d'exclusion de certains d'entre eux de droits accordés aux autres, on peut légitimement s'interroger sur la signification du retour en force de cette sémantique de la capacité, qui, bien que demeurant parfaitement agissante, restait somme toute depuis quelque temps largement dans l'ombre. En première approximation, le glissement de cette sémantique de la “capacité” vers la “capacitation”, en l'occurrence de l'affectation d'un statut à la désignation d'un processus responsabilisant invitant l'individu à se prendre en charge, ou les dispositifs sociaux à la mettre en œuvre, paraît suggérer l'hypothèse d'une avancée démocratique, mais ouvre du même coup celle de la place et des effets de l'incapacité. C'est autour de cette question que j'organiserai cette contribution.
- 3 Dans d'autres travaux, j'ai montré que ce retour de la sémantique de la capacité pouvait se comprendre à partir de l'hypothèse de ce que j'ai quelquefois identifié en parlant de “glissement anthropologique” (Genard, 2007 ; Genard/Cantelli, 2008). L'hypothèse est la suivante. Comme l'avait bien mis en évidence Michel Foucault, une nouvelle conception de l'humain se fait jour avec l'entrée dans une modernité que le philosophe situe aux 17<sup>e</sup> et 18<sup>e</sup> siècles. L'homme se trouve alors pensé, nous dit Foucault, se référant bien sûr à Kant, comme “doublet empirico-transcendantal”. Comme je l'ai mis en évidence dans *La grammaire de la responsabilité*, l'humain se voit désormais réfléchi et appréhendé prioritairement entre autonomie et hétéronomie, liberté et déterminisme, activité et passivité, capacité et incapacité, responsabilité et irresponsabilité, normal et pathologique,

esprit et corps, culture et nature... (Genard, 1999).

- 4 En analysant de manière plus affinée différentes pratiques sociales, notamment les évolutions du champ de la santé mentale ou des politiques sociales, j'ai été conduit à préciser cette première hypothèse générale, en distinguant deux interprétations possibles de ce "doublet" qui d'ailleurs, chez Kant, demeurent dans une certaine ambiguïté. La première interprétation est disjonctive, elle présuppose un partage des êtres entre ceux qui sont capables et ceux qui sont incapables, ceux qui sont actifs et ceux qui sont passifs. Aux premiers seront alors reconnus des droits dont ne disposeront pas les seconds, les traitements sociaux auxquels seront soumis les uns et les autres différencieront profondément... La seconde interprétation est conjonctive, elle présuppose au contraire que l'humain est toujours à la fois capable et incapable, libre et déterminé... De multiples indices laissent penser que nous sommes progressivement passés d'une dominante disjonctive vers une dominante conjonctive, et que ce glissement s'est accentué aux alentours des années 50-70 du siècle dernier. C'est à cette époque que sont apparues ce que Castel a appelé les "thérapies pour normaux", qu'est née l'anti-psychiatrie, que les maladies dites "psychosomatiques" se sont banalisées, que les femmes ont pu voter et ouvrir un compte en banque sans l'accord de leur mari... Dans un texte récent, Alain Ehrenberg montrait par exemple à quel point le référentiel anthropologique de l'activité avait imprégné récemment le champ de la santé mentale, au point qu'on assiste désormais à une explosion des pathologies et de la pharmacologie de la sous-activité et de l'hyperactivité, avec la dépression d'un côté, le *burn out* de l'autre (Ehrenberg, 2013).
- 5 Au regard de cette anthropologie conjonctive, tendanciellement, tout le monde se situe désormais quelque part sur un continuum, toujours et tout à la fois capable et incapable, actif et passif, toujours susceptible de verser vers l'incapacité, de "craquer", de "se laisser aller"... mais disposant toujours de ressources pour s'en sortir. C'est cette anthropologie conjonctive qui fait que les coordonnées anthropologiques se disent aujourd'hui volontiers dans la terminologie de la fragilité ou de la vulnérabilité d'un côté, de la résilience de l'autre, mais avec toujours cet horizon que le pôle valorisé du continuum est bien celui de l'autonomie, de l'activité, de la capacité, ou plus précisément d'une autonomie dont le critère déterminant devient de plus en plus explicitement les capacités et les compétences, mais aussi l'aptitude à se prendre en main, à rebondir sur les aléas d'une existence à vrai dire de plus en plus précarisée. C'est dans cette optique que la souffrance ou le traumatisme pourront, se devront de, se muer en opportunité. C'est ce que mettent en scène aussi bien l'extraordinaire succès des ouvrages de Boris Cyrulnik (1999) que celui, littéraire, des ouvrages de Martin Gray (2002).
- 6 Ce glissement anthropologique, profondément inscrit dans une avancée démocratique (Gauchet/Swain, 1980), mais également toujours soumis à des processus de "récupération" capitaliste (Boltanski/Chiapello, 1999), peut s'attester de nombreuses façons qui ne sauraient être répertoriées ici. C'est en son sein que va par exemple se thématiser, au niveau psychologique, dans les années 60, le mouvement du "potentiel humain". L'horizon anthropologique de ce mouvement qui connaîtra un succès gigantesque à l'époque et dont les modèles anthropologiques essaieront rapidement est celui d'une humanité disposant d'un réservoir de capacités dont seulement une faible partie se trouve actualisée. A l'origine, cette non actualisation est rapportée au caractère répressif du contexte social. C'est à la même époque, dans la mouvance des mouvements contre-culturels des années 60, que va surgir le concept d'*empowerment*, principalement dans le contexte des luttes féministes et antidiscriminatoires qui vont naître aux États-Unis. Toutefois, avec le lent glissement anthropologique que j'évoquais d'entrée, cette dimension politique, qui s'appuyait sur la contestation de différentiels de citoyenneté et de droits fondés sur une anthropologie disjonctive intenable au regard des idéaux démocratiques, va progressivement s'affaiblir au profit d'une perspective d'amélioration de soi :

Désormais, les enjeux de libération du potentiel sont déconnectés des enjeux d'émancipation politique, et sont rapportés à des enjeux de performance anthropologique (Champion/Garnoussi/Hutschemaekers/Pilgrim, 2014 :np).

- 7 Nous aurons à plusieurs reprises l'occasion de souligner ce déplacement où la perspective – individualiste – de l'amélioration de soi et de la performance va se substituer à celle – politique – de l'aliénation.
- 8 Il y aurait aussi beaucoup à dire sur les dispositifs mis en place pour objectiver le positionnement des acteurs sur ce continuum anthropologique de manière à saisir, à diagnostiquer, les failles et les insuffisances qu'ils présentent, mais aussi à les orienter vers les voies les plus prometteuses d'amélioration de soi, de capacitation, d'augmentation des compétences, d'exploitation des potentialités... Des dispositifs qui comprennent à la fois les multiples "tests" d'auto-objectivation qu'offrent la littérature et la presse psychologiques (Marquis, 2014), mais aussi toutes les stratégies d'évaluation des êtres qu'utilisent à la fois le management et les politiques sociales (référentiel ou bilan de compétences...).
- 9 Par ailleurs, d'une certaine façon, en contexte conjonctif, reconnaissance de vulnérabilité d'un côté et exigence d'amélioration de soi de l'autre apparaissent comme complémentaires. Ainsi, comme la théorie du *care* a proposé de thématiser une vulnérabilité générique, distribuant la vulnérabilité sur l'ensemble du continuum anthropologique (Tronto, 2009), les théories du potentiel humain peuvent apparaître comme leur complément symétrique inverse, la première encourageant la précaution et la sollicitude, et en appelant à l'autre pour ce faire, la seconde en appelant plutôt à soi, éventuellement en s'appuyant sur des supports d'accompagnement, en vue d'entreprendre ce qu'exige sa propre amélioration. Pour ces théories, tout individu possède en lui d'énormes potentialités qui demeurent inexploitées, handicapant aussi bien son potentiel de réalisation de soi que son efficacité sociale. Même capable, même performant... l'individu conjonctif demeure toujours en-deçà de ce qu'il pourrait être. Et l'horizon de cette amélioration de soi s'avère de moins en moins celui, politique, d'une société répressive qui positionne ceux qui la revendiquent en victimes de l'oppression ou des inégalités, pour s'ajuster à un idéal, simplement anthropologique, d'humanité accomplie, capable, disponible aux performances.
- 10 Comme je l'avais annoncé d'emblée, le glissement vers une anthropologie conjonctive et vers la construction progressive d'un continuum anthropologique, en élargissant les coordonnées de la "commune humanité", s'inscrit à l'évidence au sein de l'avancée du référentiel démocratique. Ceux qui, en contexte disjonctif, étaient auparavant renvoyés du côté de l'incapacité vont progressivement réintégrer cette "commune humanité". Ils obtiendront des droits dont l'anthropologie disjonctive les privait. Les ouvriers obtiendront le droit de vote et des droits sociaux, les femmes en viendront à être considérées à l'égal des hommes, les malades mentaux pourront revendiquer des droits, les handicapés pourront espérer réaliser ce qui jusque là leur paraissait interdit ou inaccessible, on parlera de plus en plus de droit des enfants et l'apprentissage de l'autonomie se glissera de plus en plus précocement dans les finalités scolaires, là où auparavant l'âge des majorités était repoussé bien plus loin. Les exemples pourraient être multipliés. Mais ce processus intégratif, inscrit – répétons-le – dans le processus démocratique, aura aussi ses revers.
- 11 De nombreuses recherches ont en effet contribué à saisir et à critiquer les effets de cette anthropologie conjonctive et des pratiques qui l'accompagnent sur les "acteurs faibles" (Cantelli/Genard, 2007), la pression à la responsabilité devenant intolérable pour ceux qui sont "au bout du rouleau", qui souffrent de handicaps lourds... ou plus simplement qui sont les laissés pour compte d'une société de plus en plus dure et exigeante. Sous de multiples angles, ont été mis en évidence les effets pervers des pressions à la responsabilité et à l'autonomie qui pèsent de plus en plus sur ces acteurs "faibles", sur les

bénéficiaires des politiques sociales par exemple, sur les malades mentaux, y compris lourds et chroniques... L'ambiguïté que recèlent les nouvelles stratégies d'*empowerment*, de coaching, d'accompagnement, de capacitation... a été mise en évidence. Comme d'ailleurs les difficultés que rencontrent les travailleurs sociaux chargés de restituer de l'estime de soi aux usagers de leurs services tout en leur mettant une pression suffisante pour qu'ils se reprennent en main et se montrent capables, le tout sous la menace d'une réduction de leurs droits. On a pu souligner comment, en projetant l'autonomie et la responsabilité sur des tranches d'âge de plus en plus précoces, un des effets est incontestablement de renvoyer de plus en plus de jeunes délinquants vers les juridictions d'adultes... (Genard, 2005).

- 12 Ces quelques exemples montrent également que des questions se posent dès lors que nous réfléchissons les choses non plus du point de vue de l'extension progressive du continuum, mais plutôt de ses effets sur ce que j'appellerais ses extrêmes, sur ces espaces où cette commune humanité, pensée à partir du référentiel conjonctif et de l'exigence de responsabilité et de capacité, se trouve questionnée. Qu'en est-il en effet de ces nouvelles coordonnées anthropologiques face, d'un côté, à l'homme radicalement "diminué", "affaibli", celui qui n'en peut plus, qui est au bout du rouleau, dont les capacités sont radicalement atteintes et où l'appel à la prise en main de soi constitue une charge supplémentaire. Mais qu'en est-il aussi de l'autre côté, là où celui qui est déjà du côté de la capacité, se voit comme vulnérable, comme inaccompli, mais aussi, bien que puissant, se sentant malgré tout impuissant, se veut encore plus puissant ? Qu'en est-il donc de l'espoir de voir l'homme "augmenter" ? Avant d'en arriver là, je souhaiterais toutefois, au travers de quelques illustrations, décrire, en me plaçant au point de vue de ce que j'ai appelé les extrêmes, quelques traces de cette extension de la commune humanité liée à ce que j'ai appelé l'anthropologie conjonctive.
- 13 C'est à ces espaces des extrêmes que je consacrerai les prochains développements. Je le ferai symétriquement, tout en accordant, parce que cette question est à mon sens moins traitée, mais surtout jamais traitée dans cette perspective de symétrie inversée, quelques développements supplémentaires à ce qu'il en est du côté de l'extrémum de ceux qui sont les plus capables, les plus "grands".

## II. De la capacitation des "faibles" à la dualisation des politiques sociales

- 14 Dès lors que les nouvelles politiques sociales entendent responsabiliser les acteurs faibles, les soumettre à des épreuves de capacitation, les conduire à se prendre ou se reprendre en main... se pose assez naturellement la question de ceux qui de fait sont, comme je l'écrivais, "au bout du rouleau", souffrent de handicaps sévères, viennent de subir des traumatismes lourds... Même si l'impératif de responsabilisation tend à se banaliser aujourd'hui, chacun comprend bien que celui-ci ne peut, même porté très loin, que se heurter à des limites et qu'il existe des êtres ou des moments de l'existence face auxquels l'exigence de responsabilisation devient tout simplement à la fois moralement intenable et, disons-le, socialement inefficace. Quel sens peut avoir le nouveau référentiel anthropologique face au SDF au bord de l'épuisement, face à la victime d'une catastrophe, à celui qui est en fin de vie, au handicapé mental ou physique lourd... ?
- 15 D'abord cantonné au domaine des catastrophes et prioritairement dans les pays du Sud, le champ de l'"humanitaire" n'a cessé de s'étendre pour couvrir aujourd'hui de plus en plus clairement cet espace de l'intervention auprès des populations face auxquelles le référentiel de la responsabilisation, de la contrepartie, de la conditionnalisation des droits... paraît moralement intenable et socialement inefficace. Et il est significatif de

constater que face aux politiques sociales traditionnelles qui se sont lentement reformatées en s'ajustant précisément à ce nouveau référentiel de la conditionnalisation, le secteur de l'humanitaire fonctionne quant à lui très largement en dehors des financements publics, sur base du don, du bénévolat..., et cela, en s'imposant précisément des modes de fonctionnement construits sur l'inconditionnalité des prestations et des interventions. Ainsi en est-il par exemple des Restos du cœur qui entendent demeurer fidèles à l'idée que ceux qui ont faim doivent pouvoir manger sans qu'on ne les soumette à des exigences administratives, à la vérification du bien-fondé de leur demande... Ainsi en est-il des interventions des maraudeurs parisiens décrits par D. Cefaï et E. Gardella (2011) ou par M. Breviglieri (2009), dont la préoccupation face à des SDF au bord de l'épuisement est de rétablir ce qui peut l'être de communication et non pas, bien sûr, de construire avec eux des engagements contractualisés pour l'avenir. Ainsi en est-il des soins palliatifs où, face à la mort, l'exigence de reprise en main de soi paraîtrait quelque peu déplacée. Ou encore de l'éthique défendue par l'humanitaire international intervenant sous le référentiel de l'urgence (Genard, 2014).

16 Bref, se dessine là l'hypothèse, en régime d'anthropologie conjonctive, d'une dualisation des politiques sociales opposant le domaine central des nouvelles politiques sociales, se reconstruisant autour du référentiel de la capacitation, de la responsabilisation, de l'*empowerment*..., au domaine couvrant ce que j'ai appelé l'extremum, désormais pris en charge par un référentiel distinct qui se construit et se justifie autour de la sémantique de l'humanitaire, avec toutes ses spécificités opposées : inconditionnalité, *care*, soulagement du poids de la responsabilité et de la culpabilité... Alors que l'on peut légitimement présupposer, comme je l'évoquais précédemment, que le glissement vers une anthropologie conjonctive s'inscrivait dans le cadre d'une avancée démocratique qui se traduira notamment par la montée de l'État social, on saisit ici en quoi cette même anthropologie conjonctive en vient à contribuer à sa mise en cause.

17 Si nous en revenons à la question du droit et de la citoyenneté sur laquelle s'ouvrirait mon propos, nous voyons en effet maintenant comment, en régime conjonctif, ressurgit néanmoins la question du partage des êtres, et comment, face à l'incapacité, se mettent en place de nouvelles manières de faire. Délaissés par des politiques sociales ajustées à l'exigence de responsabilisation et de capacitation, ceux qui se situent à l'extremum de la capacité en viennent à être les laissés pour compte de ces politiques sociales dont ils se trouvent tendanciellement exclus. Ils relèvent alors de logiques dans lesquelles s'impose la figure du don et du *care* (Genard, 2014). Ils remettent à l'ordre du jour la vieille distinction entre l'État social bismarkien et l'État social beveridgien. Dans le premier, seul ceux qui avaient cotisé, c'est-à-dire qui avaient contribué au système de solidarité, pouvaient en bénéficier, alors que le second entendait au contraire universaliser la solidarité à ceux qui, pour une raison ou une autre, n'avaient pas pu ou ne pouvaient pas contribuer. En contexte d'État social actif, la contribution ne s'identifie plus à l'alimentation du système de solidarité par des cotisations financières, mais plutôt par une contrepartie éthique, par la démonstration que l'on est prêt à s'investir, à s'impliquer, à se prendre en main, à se mobiliser... Ceux qui ne le peuvent pas font alors l'objet de dispositifs spécifiques sur lesquels ne pèse plus l'exigence de responsabilisation, mais où prédomine idéalement une inconditionnalité que l'on retrouve en toile de fond de nombre de théorisations du *care* (Tronto, 2009), à moins qu'il ne s'agisse de charité. Quant à ceux qui ne le veulent pas, parce qu'ils brisent le "pacte" de la contrepartie, ils se trouvent déchus de droits – par exemple des allocations de chômage – auxquels ils auraient pu prétendre s'ils avaient apporté la preuve qu'ils "en voulaient", le pire étant représenté par ceux qui, bien qu'ils en aient les capacités, manquent des motivations nécessaires au moindre engagement dans ces logiques de donnant-donnant. Là où l'État social beveridgien entendait lutter contre les inégalités en donnant à chacun accès aux biens communs considérés comme inhérents à la dignité humaine, les nouvelles politiques

sociales tendent à réinjecter en leur sein non plus explicitement le principe méritocratique, mais une exigence de responsabilisation qui partage à nouveau les êtres entre ceux qui l'assument et ceux qui ne le "peuvent" ou ne le "veulent" pas et qui se trouvent alors redevables de politiques qui ne sont plus des politiques d'accès aux droits fondamentaux, mais de ces politiques humanitaires dont l'enjeu est moins celui d'une dignité fondée sur des droits d'accès à des biens garantis par les dispositifs de l'État social sous l'horizon d'un souci de combattre les inégalités, qu'une dignité pensée plutôt dans un registre moral sous l'horizon, cette fois, d'un souci de refuser l'intolérable. Ce qui est fort différent.

- 18 Je ne développerai pas plus avant ces questions que j'ai abordées de manière plus approfondie ailleurs (Genard, 2008, 2014) pour déplacer maintenant mon intérêt vers l'autre côté du continuum anthropologique, celui des "grands", des "responsables", des "capables"...

### **III. L'extension de la "commune humanité" : responsabilisation des "petits" et fragilisation des "grands"**

- 19 J'ai travaillé jusqu'ici sur des éléments empiriques relativement connus, en particulier parce qu'ils portaient prioritairement sur les acteurs faibles qui sont ceux qui, très majoritairement, suscitent l'attention des sociologues. Je déplacerai maintenant la focale, en tentant de développer ce que j'ai appelé une logique de symétrisation inverse en m'intéressant non plus à ce que, en reprenant librement une terminologie introduite par la sociologie de Boltanski et Thévenot, j'ai nommé les "petits", mais plutôt les acteurs "forts" et "capables", les "responsables" (Boltanski, 2009), ou plus généralement, parce que l'on sait qu'ils peuvent endosser plusieurs figures (Boltanski/Thévenot, 1992), les "grands".

- 20 Je m'intéresserai tout d'abord à un phénomène massif et à mon sens significatif du "glissement" anthropologique sur lequel je construis mon propos, mais qui, à ma connaissance, a peu suscité d'intérêt sociologique, du moins dans la perspective déployée ici, à savoir les formes dans lesquelles tend de plus en plus à s'opérer la médiatisation de ces "grands".

- 21 De nombreux signes laissent en effet transparaître une tendance forte à un infléchissement de l'image sociale des "acteurs forts", précisément dans le sens de leur fragilisation, mettant en scène leur vulnérabilité, comme s'il s'agissait là de les rapporter à cette "commune humanité" conjonctive pour laquelle fragilité, vulnérabilité d'un côté, capacité et résilience de l'autre se complètent toujours. Comme les "faibles", même les plus faibles, sont toujours potentiellement résilients, les "forts", même les plus forts, demeurent vulnérables. Plusieurs éléments empiriques permettent de s'en convaincre, en commençant sans doute par la mise en scène de la fragilisation des hommes, de leur côté "féminin". Sans doute est-ce toutefois sur la "pipolisation" des "grands" qu'il faut se pencher pour en trouver l'illustration la plus parlante dans le présent contexte. D'une certaine façon, l'environnement médiatique – et pas seulement celui de la presse à scandale – des "grands", leur "pipolisation" peut être interprétée comme un processus de "normalisation", au sens où les aléas de leur existence (séparations, conflits de couple ou familiaux, jalousie, dépression...) les ramènent au niveau des existences banales : eux aussi, en dépit de leur "grandeur", sont fragiles, vulnérables... Leur existence même, sans doute "pas si dorée que cela", leur apporte leurs lots des désagréments de la réussite et de la richesse. Certains assumeront d'ailleurs explicitement ce souci de normalité, se plaignant de ne pas pouvoir, à cause de leur "grandeur", vivre une existence "normale".

D'autres la revendiqueront, comme François Hollande promettant d'être un Président de la république "normal". Sans doute serait-il possible de passer en revue les différentes cités décrites par Boltanski et Thévenot pour observer comment s'y montre cette fragilité.

- 22 Les travaux, notamment de Salmon, sur la montée du *storytelling* attestent également de cela (Salmon, 2008). Comme la scène de l'intervention sociale conduit les acteurs "faibles" à devoir se découvrir, de manière à mettre au jour leurs vulnérabilités, mais aussi et surtout, dans le chef des travailleurs sociaux, à saisir et faire saisir des ressources et des potentialités peut-être insoupçonnées, le *storytelling* des "acteurs forts" opère en quelque sorte en sens inverse, en dévoilant les vulnérabilités de ceux que l'on pourrait croire sans faille. L'usage politico-médiatique du *storytelling* renvoie d'ailleurs tout à fait explicitement à cette finalité de "rapprocher" l'existence des "grands" de celle du commun des mortels. Je ne m'étendrai pas sur cette dimension, me contentant de rappeler la figure de Michaël Jackson accumulant les dépressions, pleurant face à la souffrance des enfants, ou encore celle de Lady Di, souffrant de ses relations avec le Prince Charles, avec la Reine d'Angleterre et se dévouant pour la cause des réfugiés, des enfants victimes de la guerre... Les exemples pourraient être multipliés à l'infini.

## IV. De la vulnérabilité comme faiblesse à la vulnérabilité comme ressource

- 23 Au gré des coordonnées anthropologiques disjonctives, la normalité ou la capacité d'un côté, le pathologique comme l'incapacité de l'autre, apparaissent comme des statuts, comme des données globalement intangibles. Comme nous l'avons vu, cette conception anthropologique se modifie avec le lent glissement vers les interprétations conjonctives. D'une part, la vulnérabilité, conjuguée comme nous y avons insisté, à la résilience, apparaît désormais potentiellement comme une ressource, voire une chance. Toutefois, l'usage le plus courant de la sémantique de la résilience porte sur les situations de traumatisme. En réalité, sans que ne soit mobilisé là explicitement le vocabulaire de la résilience, on retrouve un schéma de pensée tout à fait semblable dès lors qu'une dimension de vulnérabilité ou de fragilité est également reconnue aux "grands".
- 24 On pourrait trouver de cela de multiples illustrations. Par exemple dans le domaine de la vulgate managériale, pour laquelle "accepter ses faiblesses, sa vulnérabilité, c'est devenir plus fort, ou du moins s'en donner les moyens". C'est ce qu'énonce très explicitement ce sous-titre d'un article rédigé par des enseignants d'une école de commerce française : «On présuppose que les managers sont d'autant plus capables qu'ils sont invulnérables. Nous soutenons le contraire dans l'esprit des réflexions du philosophe Paul Ricoeur». L'article se terminant par cette phrase :

Poser la vulnérabilité comme condition de possibilité de l'autonomie – s'accepter comme incapable ! –, conduit ainsi à remettre en question le postulat de capacité présupposé dans les théories des incitations en général et de l'agence en particulier<sup>1</sup>.

- 25 De la même façon, la présentation de l'ouvrage intitulé significativement *Le droit à la vulnérabilité* comprend cette phrase :

La vulnérabilité, bien comprise et bien accompagnée, constitue un véritable levier de développement. Ce livre est une petite révolution. Il ne propose pas une simple conciliation entre vulnérabilité et performance, mais une incorporation des deux (Calvat/Guérin, 2011).

- 26 Et, dans la veine de ces théories néo-managériales, le prix à payer pour cette absence de reconnaissance de la fragilité de ceux qui sont "responsables", c'est le *burn out*. Comme l'écrit l'auteur de *Mortel management* : « "Burn-out" ? Un terme qui sert à masquer

l'indispensable reconnaissance de la fragilité humaine...»<sup>2</sup>.

- 27 Ce n'est toutefois pas tout. La mise en scène de la vulnérabilité des "grands", des capables... son interprétation comme ressource... ne constituent en réalité qu'une des dimensions de ce glissement anthropologique. C'est en effet que la capacité, parce qu'elle est toujours imbriquée à de l'incapacité et à de la vulnérabilité, demeure également structurellement une "sous-capacité" qu'il s'agit alors idéalement d'augmenter. Et les techniques de capacitation des "grands" ne manquent évidemment pas, comme en témoigneraient la banalisation du dopage au travail, notamment, mais pas seulement, des cadres, ou encore l'extraordinaire succès actuel du coaching. Le texte qui suit, tiré d'un des multiples sites internet faisant l'apologie du coaching managérial illustre notre propos à l'envi :

Le Coaching de développement des capacités managériales est un coaching qui permet à des dirigeants et managers de tout niveau d'atteindre leurs objectifs : – développement des capacités managériales dans tous leurs aspects (prise de décision, stratégie, management, leadership, relation au pouvoir, à l'autorité) ; développement des capacités relationnelles (gestion des comités, des équipes, sortie des conflits, médiation, communication, négociation) ; développement de nouveaux potentiels adaptés au changement (innovation, créativité, position de manager coach...)»<sup>3</sup>.

- 28 Et cette fragilité peut se trouver accrue par les pressions que subissent les "grands", confrontés aux responsabilités qu'ils doivent endosser, aux risques auxquels ils sont exposés. Là, précisément, la plus grande maîtrise de soi rencontre constamment l'éventualité de glissements vers la pathologie. Ainsi en est-il par exemple des traders :

Les conclusions de l'expertise psychologique de "JK" (Jérôme Kerviel) ne surprennent pas les fins connaisseurs de la finance. 'Les marchés offrent un environnement propice aux dérapages', explique Thami Kabbaj, ex-trader à Londres et auteur de *Psychologie des grands traders* (éd. Eyrolles). 'Tout le monde peut y devenir fou', explique-t-il. 'Chaque jour, les traders investissent des sommes colossales, gagnent avant de perdre, passant en quelques minutes d'un état d'euphorie à celui d'une "douleur extrême"', poursuit-il. 'Par nature, un être humain n'est pas fait pour résister à de telles doses d'adrénaline', indique M. Kabbaj<sup>4</sup>.

- 29 A l'image des liens qui ont été mis en évidence entre compétences et employabilité (Boltanski/Thévenot, 1992), ces dernières citations montrent à quel point le néo-management est un des espaces privilégiés où l'anthropologie conjonctive a essaimé et connu des exploitations diverses, multipliant les pratiques d'accompagnement et de formation des managers, dessinant les traits de nouvelles pathologies qu'il engendre, et offrant dès lors des pistes pour excuser leurs manquements. Ces liens s'actualisent par ailleurs chaque jour au sein des politiques défendues par les organisations internationales qui ont fait leurs les référentiels de l'*empowerment*, des *capabilities* inspirés de Sen ou encore du renforcement du "capital humain".

## V. De l'inexploitation du potentiel à l'humain augmenté : la normalité comme déficience

- 30 Dans les exemplifications évoquées précédemment – du côté des "grands" donc –, l'incapacité est interprétée principalement comme sous-utilisation des potentialités. Il demeure toutefois que l'idée même de continuum anthropologique introduit une perspective nouvelle que ne portait pas l'anthropologie disjonctive dès lors que pour celle-ci capacité et incapacité étaient pensées et objectivées comme des "statuts", minimisant du coup les possibilités de passage d'un pôle à l'autre. Ces disjonctions, rappelons-le,

instauraient également des séparations sévères entre les races, n'accordant souvent qu'aux Occidentaux l'opportunité de se voir figurer du côté des "capables", même si, somme toute, la perspective conjonctive s'était vue ouverte par les travaux de Linné, et plus tard ceux de Darwin, présupposant une continuité zoologique-anthropologique.

31 Nous l'avons vu, la perspective conjonctive change à cet égard la donne et envisage tout au contraire le positionnement sur le continuum comme flexible, en même temps – et c'est sur cela que je souhaiterais terminer cette contribution – qu'elle cesse de mettre des bornes au continuum, et donc ce que nous pourrions appeler des "frontières" à l'humain. Là où, d'une certaine façon, le modèle disjonctif tendait à s'inscrire à l'intérieur de bornes qui en délimitaient l'espace, l'émergence du modèle conjonctif, se construisant comme continuum, s'est accompagnée d'une sorte d'illimitation de ses frontières.

32 Cette évanescence des frontières joue en réalité aux deux côtés du continuum. Je ne m'étendrai pas ici sur l'affaiblissement des frontières entre les humains et les animaux. On le sait, ce dernier passe par la dévolution aux animaux de capacités qui les rapprochent des humains, générant de manière significative des appels à une sollicitude inconditionnelle dont on avait montré l'importance aux limites du continuum anthropologique ; il peut également passer par la reconnaissance aux animaux du statut de "personne non humaine", comme ce fut le cas récemment en Inde pour les dauphins ou en Argentine pour justifier la libération d'un orang-outang de sa captivité dans un zoo.

33 C'est donc plutôt vers l'autre extrémité du continuum que je porterai, pour terminer cette contribution, mon attention, celle où il s'agit d'amplifier les capacités, non plus en activant des potentialités inexploitées, mais, au-delà, en accroissant ces potentialités, en en suscitant de nouvelles et en les activant. Nous touchons là au domaine de l' "humanité augmentée". Là où l'on passe de l'éveil des potentialités endormies que du travail sur soi (Vrancken/Macquet, 2006), du travail relationnel (*empowerment, coaching...*) ou organisationnel (intelligence collective...) peuvent activer, vers l'induction de nouvelles potentialités, insoupçonnées, grâce à des supports techniques, pharmacologiques bien sûr, mais aussi électroniques... Avec d'ailleurs, symétriquement à ce que nous avons vu du statut de personnes non humaines prêté aux animaux, l'émergence d'un questionnement sur la pertinence de réfléchir la personnalité juridique, non seulement des robots, mais surtout de ce que l'on appelle désormais couramment des "cyborgs".

34 La voie empruntée ici en vue de la capacitation n'est plus psycho-sociale, elle est technologique. On sait les énormes progrès qui ont pu être faits d'abord en termes de restitution ou de réparation des capacités :

Pour faire simple, aujourd'hui déjà, grâce aux NBIC, l'homme peut être "réparé", comme n'importe quelle machine. Un organe malade ou amputé peut être remplacé. Un aveugle peut recouvrer la vue grâce à un œil bionique, un sourd l'ouïe grâce à un implant. Les possibilités semblent sans limite, et bientôt, pensent les transhumanistes, l'Homme réussira à vaincre les maladies. Il corrigera ses "défaillances" physiques, réparera les erreurs de Dame Nature. Et il pourra alors "vieillir en pleine jeunesse", jusqu'à devenir quasiment immortel<sup>5</sup>.

35 Toutefois, l'enjeu va désormais bien au-delà de cette logique de réparation pour s'orienter vers celle de l'augmentation. Et, à cet égard, la voie interprétative est double, soit qu'elle entende penser les changements en termes de "délégation de pouvoirs", comprenons délégation de capacités, aux machines qui en viendraient à penser, à agir, à décider à la place des humains, soit plus fondamentalement que naîtrait progressivement l'éventualité d'hybrides dotés de sur-capacités.

36 D'un côté, ce que Eric Sadin appelle une "anthrologie" :

Protocoles indéfiniment fragmentés, appelés à repousser l'incertitude de la décision jusque-là impartie à la responsabilité humaine, pour la transférer, la déléguer peu à peu à l'intelligence fiable des processeurs. C'est cette faculté de jugement et d'initiative computationnels qui caractérise la singularité quasi futuriste de la condition actuelle et en devenir des procédés électroniques, en parties capables de se prononcer "en conscience" et à notre place. C'est

l'apparition d'un couplage inédit entre organismes physiologiques et codes numériques qui se tisse, supposant une tension instable entre aptitudes et missions dévolues d'une part à l'humain et d'autre part aux machines. Notre période est pour quelque temps encore caractérisée par un équilibre incertain et flou, marqué par une forme de partage binaire, emblématique dans la récente fréquentation des flux Internet désormais opérée majoritairement par des robots électroniques autonomes. Néanmoins, un mouvement tendu vers l'accroissement continu de "l'administration" des existences et des choses par des doublures intelligentes semble inexorable. Déclaration tacite de procuration qui marque un "tournant numérico-cognitif", par l'octroi à des organes artificiels d'une licence indéfiniment extensive à orienter du haut de leur omniscience informationnelle, la marche hautement "sécurisée et optimisée" de nos destins individuels et collectifs (Sadin, 2013<sup>6</sup>).

37 De l'autre, c'est vers le "transhumanisme" qu'il faut se tourner pour saisir pleinement les enjeux posés par cette "sur-capacitation" des humains à l'aide de dispositifs techniques, qui ne sont plus ici seulement des prothèses pour ramener "à niveau", dans les limites du continuum anthropologique, des humains "diminués", pas plus que des dispositifs auxquels sont "délégués" des pouvoirs en raison de leurs sur-capacités, mais, au travers de l'incorporation de dispositifs techniques et/ou pharmacologiques, l'émergence d'une véritable humanité "augmentée" qui nous ferait donc excéder nos limites anthropologiques, qui nous conduirait au-delà de l'extremum anthropologique. Non plus une logique de réparation du handicap ou de la maladie, mais une véritable amélioration des capacités humaines, une amélioration qui porterait non plus sur l'homme diminué mais sur l'homme "normal", la normalité étant désormais pensée sous l'horizon de sa déficience, mais aussi, dans le même temps, sous l'horizon d'une tension perpétuelle pour son dépassement. Dans la société post-mortelle, Céline Lafontaine a bien décrit ce processus où «la représentation de l'être humain... est celle d'un être handicapé, enfermé dans le carcan biologique de la mortalité, que seule une fusion avec la machine pourrait émanciper» (Lafontaine, 2008 :162). Toutefois, focalisée sur la question de l'immortalité, et réfléchissant sans doute exagérément sous l'horizon de la théorie du biopouvoir de Foucault, Céline Lafontaine tend à sous-estimer celle, somme toute bien plus tangible et déjà réalisable, de l'amélioration de l'individu et de ses performances.

38 Dans cette optique, l'incapacité devient génériquement de plus en plus intolérable dès lors qu'elle est supposée pouvoir être évitée, par exemple au travers de diagnostics anticipatifs (dans le cas de naissances d'enfants handicapés par exemple) ou de dispositifs prothésiques. Focalisée sur ses capacités, hantée par ses incapacités, l'identité se construit tendanciellement sous l'horizon d'une "optimisation" que de multiples techniques disponibles sont supposées pouvoir aider à atteindre (Rose, 2003). Et, bien sûr, cette hantise de ne pas être "à la hauteur" va de pair avec la surpression à la performance, les prothèses pharmacologiques et techniques assurant les conditions au travers desquelles il devient possible d'en exiger toujours plus, d'exiger toujours plus de soi-même.

39 Dans un très bel article, Nicolas Le Dévédec et Fany Guis (2013 :6-7) décrivent en ces termes le courant transhumaniste qui illustre avec le plus de netteté ce qui est en question ici :

L'être humain tel que nous le connaissons aujourd'hui ne serait qu'une forme transitoire de l'évolution : "Transhumanism is a way of thinking about the future that is based on the premise that the human species in its current form does not represent the end of our development but rather a comparatively early phase" (Bostrom, 2003). Devenir les "designers de notre évolution" (Young, 2005) pour nous rendre "plus qu'humains" (Raamez, 2005), telle est la promesse de l'homme augmenté que symbolise l'idée de "posthumain" : "Transhumanists hope that by responsible use of science, technology, and other rational means we shall eventually manage to become post-human, beings with vastly greater capacities than present human beings have" (Bostrom, 2003). Ces capacités plus grandes que les transhumanistes appellent de leurs vœux tiennent en une formule : "Devenir plus forts, plus intelligents, plus heureux et vivre plus longtemps, voire indéfiniment". Plus forts, par l'élaboration d'un corps plus résistant aux maladies, au stress, ou encore par l'amélioration de l'acuité de nos sens ou la création de nouveaux sens. En somme, une version 2.0 du corps humain (Kurzweil, 2003), telle que

l'expérimentent aujourd'hui dans le domaine militaire les cyber-soldats appareillés d'exosquelettes. Plus intelligents, grâce au dopage cognitif que permettraient déjà certains médicaments – comme le Ritalin – ou l'implantation de puces électroniques et autres "brain boosters" (Bostrom & Sandberg, 2009 et 2006). Plus heureux, par un ensemble de procédés neuropharmacologiques par lesquels on atteindrait un état de "félicité perpétuelle", ainsi que le suggère le philosophe David Pearce dans son *Manifeste Hédoniste* (Pearce, 2006 ; Bostrom, 2003). Enfin, capables de vivre plus longtemps, voire indéfiniment. Par le biais de la médecine régénératrice notamment, la quête de l'immortalité constitue sans conteste la visée ultime de l'augmentation pour les transhumanistes (Kurzweil & Grossman, 2006).

#### 40 Et on peut ajouter ceci :

Certains transhumanistes n'ont pas attendu 2015 pour commencer à se bricoler eux-mêmes. A la croisée du transhumanisme et du hacking, les "body hackers" (ou "grinders") revendiquent depuis plusieurs années déjà la liberté (totale) de leur corps, et essaient de "s'augmenter" eux-mêmes, sans intermédiaire, fustigeant ceux qui restent trop ancrés dans la réflexion philosophique. Tel un mécano humain, ces personnes bien portantes ne se "réparent pas" : elles s'améliorent. Les grinders modifient ainsi leur corps pour augmenter leurs capacités, ou même pour développer chez eux de nouveaux sens...7.

41 Il ne s'agit plus ici d'activer des potentialités inexploitées, mais bien d'entrer, grâce à des supports technologiques, dans des logiques de "sur-capacitation" qui outrepassent clairement les frontières anthropologiques. Toutefois, comme la sous-capacitation posait des questions par rapport à l'accès aux droits et donc à la citoyenneté, cette sur-capacitation ne manque pas d'interroger elle aussi le droit, à la fois en termes d'accessibilité (chacun doit-il avoir accès à ces sur-capacités ?), en termes de statut des personnes (doivent-elles être traitées à l'égal des "humains" ?), sans parler de ses enjeux éthiques et politiques dans la mesure où la question de l'émancipation se trouve radicalement déconnectée de celle de la société juste ou simplement meilleure. Comme c'était le cas du côté des acteurs faibles, avec cet horizon de l'humain augmenté, ce sont à nouveau les cadres de référence de l'État social qui se trouvent profondément bousculés, en particulier dans la mesure où le projet de lutte contre les inégalités qui se trouvait à son fondement présupposait précisément une possible, quoique idéale égalisation anthropologique que la perspective de l'augmentation anthropologique vient radicalement questionner.

## VI. Conclusion

42 On l'aura compris, le mouvement actuel qui place à l'ordre du jour des exigences de capacitation qui s'inscrivent à l'évidence aussi dans une perspective d'égalisation des conditions, tend dans le même temps à rendre de plus en plus intolérable ce qui est vécu comme incapacité, en particulier là où l'incapacité paraît rédhibitoire, paraît ne pas pouvoir être surmontée.

43 D'un côté, se fait jour l'impossibilité de constituer un être ensemble sur base de l'exigence de capacités à laquelle chacun ne peut satisfaire. L'éthique du *care* tente de nous le rappeler : faire société, c'est aussi et peut-être d'abord accepter l'incapacité, accepter que la relation sociale puisse être dissymétrique là où tout concourt à ce qu'elle ne soit pensée que dans une symétrisation dont le contrat offre le type idéal, là où le régime de la concurrence et du mérite semble le seul référentiel permettant de donner du crédit aux êtres.

44 De l'autre se dessinent les apories d'une situation où la condition normale en viendrait à être pensée sous le régime de la déficience, dans un contexte où se construirait un "marché" technologique de la sur-capacitation.

45 Le glissement anthropologique qui nous a conduit lentement d'un régime disjonctif de

séparation des êtres à un régime conjonctif de commune humanité révèle malgré tout à ses extrêmes une nouvelle disjonction, celle de l'homme diminué d'un côté, celle de l'homme augmenté de l'autre. Si les enjeux politiques lourds que posait l'anthropologie disjonctive par rapport à l'accès à la citoyenneté se trouvent d'une certaine manière résolus par le passage vers l'anthropologie conjonctive, celle-ci ne manque pas d'en poser de nouveaux. D'un côté en déconstruisant le caractère inconditionnel des prestations de l'État social et en créant des espaces qui échappent à ses dispositifs. De l'autre, en créant les conditions pour l'émergence de nouveaux différentiels d'humanité liés à son augmentation technicisée. Et cela, répétons-le, en perdant les liens établis par la modernité entre amélioration de la condition humaine et émancipation politique.

## Bibliographie

Des DOI (Digital Object Identifier) sont automatiquement ajoutés aux références par Bilbo, l'outil d'annotation bibliographique d'OpenEdition.

Les utilisateurs des institutions abonnées à l'un des programmes freemium d'OpenEdition peuvent télécharger les références bibliographiques pour lesquelles Bilbo a trouvé un DOI.

Format

APA

MLA

Chicago

Le service d'export bibliographique est disponible pour les institutions qui ont souscrit à un des programmes freemium d'OpenEdition.

Si vous souhaitez que votre institution souscrive à l'un des programmes freemium d'OpenEdition et bénéficie de ses services, écrivez à : [access@openedition.org](mailto:access@openedition.org).

BOLTANSKI (L.),

2009 *De la critique, précis de sociologie de l'émancipation*, Paris, Gallimard.

BOLTANSKI (L.), CHIAPELLO (E.),

1999 *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard.

BOLTANSKI (L.), THÉVENOT L.,

1991 *De la justification, les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard.

BREVIGLIERI (M.),

2010 "L' «épuisement capacitaire» du sans-abri comme urgence ? Approche phénoménologique du soin engagé dans l'aide sociale (gestes, rythmes et tonalités d'humeur)», in FELIX C., TARDIF J. (éd.), *Actes éducatifs et de soins, entre éthique et gouvernance*, Actes du colloque international, Nice 4-5 juin 2009, Plénière 1 : Actes éducatifs et de soins, des frontières ténues, Séquence 3 : Comment le terrain informe la théorie ?, mis en ligne le 12 novembre 2010, <http://revel.unice.fr/symposia/actedusoin/index.html?id=795>. Consulté le 2 janvier 2015.

CALVAT T., GUÉRIN S.,

2011 *Le droit à la vulnérabilité, Manager les fragilités en entreprise*, Paris, Michalon.

CANTELLI F., GENARD J.-L.,

2007 *Action publique et subjectivité*, Paris, LGDJ.

CASTEL R.,

1981 *La gestion des risques*, Paris, Minuit.

CEFAÏ D., GARDELLA E.,

2011 *L'urgence sociale en action. Ethnographie du Samu social de Paris*, Paris, La Découverte.

CHAMPION F., GARNOUSSI N., HUTSCHEMAEKERS G., PILGRIM D.,

2014 "Logiques des transformations du champ psychothérapeutique en Angleterre, France et Pays-Bas : spécificité nationales et tendances communes", *SociologieS* [En ligne], Théories et recherches, mis en ligne le 10 novembre 2014, consulté le 02 janvier 2015, <http://sociologies.revues.org/4866>.

CYRULNIK B.,

1999 *Un merveilleux malheur*, Paris, Odile Jacob.

DÉVÉDEC LE N., GUIIS F.,

2013 "L'humain augmenté, un enjeu social", *SociologieS* [Online], First texts, Online since 19 November 2013, connection on 23 December 2014, <http://sociologies.revues.org/4409>.

EHRENBERG A.,

2013 "La santé mentale ou l'union du mal individuel et du mal commun", *SociologieS* [En ligne], Grands résumés, L'Ombre portée : l'individualité à l'épreuve de la dépression, mis en ligne le 19 novembre 2013, consulté le 02 janvier 2015, <http://sociologies.revues.org/4505>.

GAUCHET M., SWAIN G.,  
1980 *La pratique de l'esprit humain*, Paris, Gallimard.

GENARD J-L.,  
1999 *La grammaire de la responsabilité*, Paris, Cerf,  
2005 "Ce que la sociologie peut dire de la responsabilité", in GUILLAUME J-Fr. (dir.), *Aventuriers solitaires en quête d'utopie. Les formes contemporaines de l'engagement*, Liège, Ed. de l'Université de Liège, p.191-200.  
2007 *Une mutation anthropologique*,  
<https://dipot.ulb.ac.be/dspace/bitstream/2013/60787/1/GENARD%202007%20Une%20mutation%20anthropologique.pdf>  
consulté le 2 janvier 2015.

2014 "La question de la responsabilité sous l'horizon du référentiel humanitaire", in BRODIEZ-DOLINO A., VON BUELTZINGLOEWEN I., EYRAUD B., RAVON B., *Vulnérabilités sanitaires et sociales, de l'histoire à la sociologie*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, pp.41-58.

GENARD J-L., CANTELLI F.,  
2008 "Êtres capables et compétents : lecture anthropologique et pistes pragmatiques", *SociologieS* [En ligne], Théories et recherches, mis en ligne le 27 avril 2008, consulté le 02 janvier 2015, <http://sociologies.revues.org/1943>.

GRAY M.,  
2002 *Au nom de tous les miens*, Paris, Pocket.

LAFONTAINE C.,  
2008 *La Société post-mortelle*, Paris, Seuil.

MARQUIS N.,  
2014 *Du bien-être au marché du malaise. La société du développement personnel*, Paris, Presses universitaires de France, coll. (Partage du savoir).

Format

APA

MLA

Chicago

Le service d'export bibliographique est disponible pour les institutions qui ont souscrit à un des programmes freemium d'OpenEdition.

Si vous souhaitez que votre institution souscrive à l'un des programmes freemium d'OpenEdition et bénéficie de ses services, écrivez à : [access@openedition.org](mailto:access@openedition.org).

ROSE N.,  
2003 "Neurochemical Selves", *Society*, 41 (1), pp.46-59.  
DOI : 10.1007/BF02688204

SADIN E.,  
2013 *L'Humanité Augmentée – L'administration numérique du monde*, Paris, L'Échappée.

SALMON Chr.,  
2008 *Storytelling : La machine à fabriquer des histoires et à formater les esprits*, Paris, La Découverte.

TRONTO J.,  
2009 *Un monde vulnérable, pour une politique du care*, Paris, La Découverte.

VRANCKEN D., MACQUET Chr.,  
2006 *Le travail sur soi, vers une psychologisation de la société*, Paris, Belin.

## Annexe

# Résumé structuré

Cet article s'intéresse aux évolutions actuelles de nos repères anthropologiques, en particulier à la montée de la sémantique de la capacité, de l'incapacité, de la capacitation et de l'*empowerment* et, bien sûr, des effets sociaux et politiques qui lui sont associés.

Le propos s'appuie sur une mise en contexte historique, sur une approche que l'on pourrait appeler généalogique, développée de manière plus approfondie dans d'autres travaux pour en

tirer un certain nombre de leçons quant à la période contemporaine.

L'hypothèse centrale est la suivante. A l'ancienne division des êtres entre capables et incapables qui prévalait au 19<sup>e</sup> siècle, s'est lentement substituée la perspective d'un continuum anthropologique selon lequel chaque être est pensé à la fois comme capable et incapable, comme fragile, vulnérable mais aussi comme résilient, comme doté de ressources, de potentiels inexploités. L'article cherche à saisir les conséquences sociales et politiques de ce "glissement anthropologique".

Pour renforcer l'hypothèse, l'article évoque la montée des multiples pratiques et dispositifs de capacitation, d'*empowerment*, le succès des stages de "pouvoir d'agir" ou des ouvrages de développement personnel, la multiplication des sollicitations à la participation... Il souligne la montée de la sémantique de la résilience, ou encore la mise en place de dispositifs de veille et d'accompagnement de ceux qui se trouvent confrontés à des situations potentiellement traumatiques. C'est toutefois à ce qui se passe aux extrêmes de ce continuum anthropologique que l'article s'intéresse particulièrement.

D'une part du côté de ceux qui n'en peuvent plus, qui sont "au bout du rouleau", mais sur lesquels les exigences de responsabilisation exercent d'intenables pressions à la reprise en main de soi. L'article montre qu'à ce niveau, à côté de la régression des politiques de l'État social qui renvoie de plus en plus de personnes vers les anciens dispositifs d'assistance, on assiste à une dualisation des prises en charge opposant les politiques sociales traditionnelles et le référentiel humanitaire qui seul maintient à ses interventions un horizon d'inconditionnalité, mais, bien sûr, en dehors des prestations sociales classiques. Mais également de l'autre côté du continuum, là où la "normalité" en vient à être potentiellement saisie comme déficience, là où se profile la possibilité et l'attente d'une "augmentation de l'humain". L'hypothèse est là que la montée de l'anthropologie continuiste conduit à réfléchir l'humain, quel qu'il soit, sous l'horizon de potentiels inexploités, et donc d'une certaine façon de l'incapacité, ouvrant la voie aux représentations d'une humanité techniquement augmentée qu'illustrent aujourd'hui le succès du "transhumanisme" mais aussi les nombreuses expériences médicales allant dans ce sens.

## Structured Summary

This article is interested in current evolutions in our anthropological reference marks, and particularly in the rise of the semantics of capacity, incapacity, capacitation and empowerment and, of course, the social effects and policies which are associated with it.

Our remarks are based on a historical contextualization, on an approach which might be called genealogical, developed more thoroughly in other works with a view to drawing a certain number of lessons from it for the contemporary period.

The central hypothesis is the following. The ancient division of beings as capable or incapable which prevailed up through the 19th century has gradually been replaced by the perspective of an anthropological continuum according to which every being is at once thought of as capable and incapable, as fragile and vulnerable but also as resilient, as endowed with resources and unexploited potentials. This article seeks to grasp the social and political consequences of that "anthropological shift".

To reinforce the hypothesis, the article evokes the rise of many practices and techniques of capacitation, of empowerment, the success of "be able to act" training courses or works on personal development, the multiplication of requests for participation... It underlines the rise of the semantics of resilience, or, further, the implementation of wakefulness and accompaniment techniques for those confronted with potentially traumatic situations. That occurring at the extrema of this anthropological continuum is what this article is particularly interested in.

On the side of those who can't take it anymore, who are "at the end of their rope" but on whom intolerable pressures are exerted to get a grip on themselves, the article shows that at this level, on the side of the regression of the policies of the social State, sending more and more people towards old assistance formulas, we assist at a dualization in who assumes responsibilities, opposing traditional social policies and a humanitarian standard which alone maintains a horizon of unconditionality in its interventions, but, of course, beyond classical social performances. But on the other side of the continuum too, where "normality" may be beginning to be seen as deficiency, where the possibility and expectation of an "increase in the human" is emerging on the horizon, the hypothesis exists that the rise of continuist anthropology is leading to reflection on the human, whatever it might be, below the horizon of unexploited potentials, and thus in a certain way of incapacity, opening the way to representations of a technically augmented humanity illustrated today by the success of "transhumanism", as well as many medical experiments reinforcing it.

## Notes

- 1 [http://www.he-arc.ch/sites/default/files/ges-art140526-lagefi-management\\_la\\_vulnerabilite\\_comme\\_condition\\_de\\_la\\_decision\\_responsable.pdf](http://www.he-arc.ch/sites/default/files/ges-art140526-lagefi-management_la_vulnerabilite_comme_condition_de_la_decision_responsable.pdf), consulté le 14 décembre 2014.
- 2 Voir Christian Oyarbide, <http://www.mortelmanagement.com/mortelmanagement/2014/12/burn-out-un-terme-qui-sert-à-masquer-lindispensable-reconnaissance-de-la-fragilité-humaine-.html>, consulté le 22 décembre 2014.
- 3 Voir <http://www.cecdi.com/coachingdevindivuel.htm> consulté le 22 décembre 2014.
- 4 Article paru dans *Le Monde* du 27/06/2008.
- 5 <http://www.cnetfrance.fr/news/transhumanisme-aujourd-hui-l-homme-repare-39793078.htm>, consulté le 22 décembre 2014.
- 6 Consulté via <http://www.cuberevue.com/la-condition-anthrologique/1824>.
- 7 <http://www.cnetfrance.fr/news/transhumanisme-demain-l-homme-ameliore-39793272.htm> consulté le 22 décembre 2014.

## Pour citer cet article

### Référence électronique

Jean-Louis Genard, « L'humain sous l'horizon de l'incapacité », *Recherches sociologiques et anthropologiques* [En ligne], 46-1 | 2015, mis en ligne le 15 octobre 2015, consulté le 02 décembre 2015. URL : <http://rsa.revues.org/1424>

## Auteur

**Jean-Louis Genard**

Philosophe, docteur en sociologie. Professeur ordinaire, ULB/“La Cambre-Horta”-GRAP.

## Droits d'auteur

© Recherches sociologiques et anthropologiques

# Une réflexion sur l'anthropologie de la fragilité, de la vulnérabilité et de la souffrance

Jean-Louis Genard

Je partirai d'un constat. Celui de la constitution d'un nouveau champ sémantique envahissant de nombreux espaces discursifs : médiatique, médical, judiciaire, psychologique... mais pénétrant aussi le discours sociologique ; un champ sémantique qui accorde une place privilégiée à des termes comme « souffrance », « trouble », « fragilité », « vulnérabilité »... De ce processus, de nombreuses voies d'interprétation sont sans aucun doute possibles.

Mon propos tentera d'investiguer celle de ce que j'appellerai une évolution des « coordonnées anthropologiques », c'est-à-dire des grilles interprétatives à partir desquelles se construisent les représentations de l'humain. Pour cela, il me faudra opérer une reconstruction de la manière dont, historiquement, nous avons appris à saisir « ce qui se passe » et, plus précisément, s'agissant de la modernité, ce que « agir » veut dire. Pour le dire nettement –avant d'entrer dans des argumentations plus détaillées- il me paraît possible de suivre l'évolution des coordonnées anthropologiques en distinguant tout d'abord une première phase, que j'identifierai en parlant de *première modernité*, qui court de la fin du moyen-âge au 18<sup>e</sup> siècle, et durant laquelle s'impose lentement une lecture de l'action à partir du référentiel de la responsabilité, ou pour le dire autrement, une *conception intentionnelle de l'action*. Avec la deuxième modernité et notamment la naissance et le développement des sciences humaines à partir du 18<sup>e</sup> siècle, l'homme en viendra progressivement à se penser avant toute chose au cœur de la tension entre responsabilité et irresponsabilité. C'est ce dont Kant aura l'intuition en construisant l'ensemble de son anthropologie autour de l'antinomie entre liberté et déterminisme, entre le transcendantal et l'empirique. Mais précisément, parce que d'antinomie il s'agit, les relations qui s'établissent entre ses deux pôles demeurent dans l'ambiguïté, comme elles le demeureront d'ailleurs chez Kant lui-même. Liberté et déterminisme doivent-ils être perçus comme des contraires s'excluant mutuellement, conduisant dès lors à un partage des êtres entre ceux qui sont responsables et ceux qui ne le sont pas, les fous, les monstres, les femmes, les domestiques... ? Ou, au contraire, l'homme se situe-t-il toujours quelque part dans l'entre-deux, sur la ligne de partage... disposant certes des ressources de la responsabilité, mais jamais à l'abri d'un décrochage vers la perte de soi. J'appellerai *disjonctive* la première voie, celle qui privilégie le partage des êtres : elle fut à mon sens dominante durant l'essentiel de la *deuxième modernité* pour s'effacer progressivement dans ce que les sociologues ont pris coutume de nommer la *modernité avancée* et céder la place à une anthropologie que je nommerai cette fois *conjonctive*. C'est à mon sens dans ce contexte conjonctif qu'il y a lieu de saisir l'émergence de cette sémantique de la vulnérabilité, de la fragilité, de la souffrance... qui fait l'objet des questionnements de cet ouvrage.

Fort de ces considérations anthropologiques et socio-historiques, j'aborderai, dans un second temps, la question des transformations de l'action publique adossées à ces nouvelles coordonnées anthropologiques, une action publique qui en vient de plus en plus à prétendre agir sur les subjectivités.

*L'anthropologie de la première modernité : vers une conception intentionnelle de l'agir.*

L'ouvrage *La grammaire de la responsabilité* (Genard, J.L., 1999) développait l'hypothèse selon laquelle la modernité se caractériserait fondamentalement par l'émergence et la stabilisation de nouvelles coordonnées anthropologiques centrées sur ce que j'ai appelé *l'interprétation responsabilisante de l'action*, c'est-à-dire une interprétation de ce que agir veut dire au travers de l'univers sémantique de la responsabilité, un univers où se côtoient des termes comme « intention », « volonté », « autonomie »... et, bien sûr, « responsabilité », qui, lui, ne s'imposera, dans le sens que nous lui connaissons aujourd'hui, qu'à partir du 18<sup>e</sup> et du 19<sup>e</sup> siècles, en français comme en anglais d'ailleurs. Cette hypothèse renvoie somme toute à une expérience commune : il nous est en effet difficile actuellement de nous rapporter à ce que nous faisons nous-mêmes, comme aux actes que d'autres posent d'ailleurs, sans les saisir sous l'horizon de la responsabilité, sans présupposer que chacun est, ou du moins pourrait être responsable des actes qu'il pose. Une présupposition qui vient très rapidement au jour lorsque, par exemple parce que les actes d'autrui posent question, nous adoptons une posture un tant soit peu réflexive à leur égard. C'est à ce point vrai que Habermas a fait de cette anticipation un « présupposé incontournable de toute activité communicationnelle » (Habermas, J., 1997). Je laisserai pour ma part de côté cette hypothèse transcendantale pour considérer plutôt que c'est avec la modernité, ou plutôt à la fin du moyen-âge, vers les 11<sup>e</sup> et 12<sup>e</sup> siècles, que cette anthropologie s'impose de manière réflexive, c'est-à-dire que commence à se faire jour une conception de l'homme qui pense celui-ci à partir de l'autonomie de la volonté, de l'intentionnalité<sup>1</sup>...

Cette hypothèse suggère évidemment que cette interprétation de l'action n'est en rien la seule possible ou la seule pertinente. Nous disposons bien évidemment également de registres interprétatifs qui dénie cette responsabilité (folie, passion, inconscience...), mais qui, la déniaient, la reconnaissent comme horizon possible, ou qui interprètent ce qui se passe sans référence à la responsabilité (accident, hasard, catastrophe naturelle...). Il reste qu'à mon sens – et c'est ce qu'entendait démontrer *La grammaire de la responsabilité* – la spécificité de la modernité réside dans l'irruption comme horizon majeur d'interprétation de l'action des coordonnées anthropologiques responsabilisantes.

Dans ce même ouvrage, j'ai par ailleurs suggéré que ce tournant anthropologique ne devait pas être simplement considéré comme l'émergence d'une nouvelle *représentation* de l'action, mais que celle-ci s'était imposée conjointement – c'est-à-dire sans qu'il faille privilégier une orientation particulière de rapport causal entre les deux termes – à l'émergence de nouveaux dispositifs sociaux présupposant cette responsabilité (le consentement, le contrat, le serment...) ou la mettant en scène.

Une telle manière de voir présupposait que, à considérer d'autres cultures ou des périodes antérieures à la modernité, on y découvrirait de manière prédominante d'autres modèles d'interprétation de l'action (le destin de la tragédie grecque, la souillure des sociétés archaïques décrites par M. Douglas...) attachés à d'autres dispositifs sociaux les présupposant et les actualisant.

Allant plus avant dans l'argumentation, j'ai également souligné que l'irruption de l'interprétation responsabilisante de l'action ne s'était pas effectuée sans reste, mais qu'elle avait été le résultat de conflits sévères opposant des lectures concurrentes. C'est ainsi que j'ai suggéré l'hypothèse de la distinction entre deux modernités. Une première modernité allant, disons des 11<sup>e</sup>-12<sup>e</sup> siècles jusqu'au 18<sup>e</sup> siècle, où l'interprétation responsabilisante de l'action s'impose lentement contre ses concurrents principaux que sont les interprétations par le

---

<sup>1</sup> Ainsi, le mot *intentio* émerge-t-il au 11<sup>e</sup> siècle

déterminisme astral, par la Fortune et, surtout, les interprétations théologiques par la grâce, le péché originel et la Providence. Une fois ces modèles relégués (et non totalement abandonnés comme le montre le succès actuel des horoscopes, de la référence à la chance ou, bien entendu, des référentiels religieux) s'ouvre alors une deuxième modernité au sein de laquelle le principal concurrent de l'interprétation responsabilisante se situera dans l'explicitation à partir des sciences humaines (médecine, statistique, psychologie, biologie, psychanalyse, sociologie, génétique...) de différents modèles d'interprétation de l'action aux significations irresponsabilisantes, déresponsabilisantes ou déterministes (le caractère, les humeurs, l'inconscient, la biologie du cerveau, le déterminisme génétique, les positionnements sociaux et habitus correspondants...).

*L'homme comme doublet empirico-transcendantal et les deux anthropologies de la deuxième modernité.*

S'inscrivant dans la droite ligne des acquis de la philosophie kantienne, M. Foucault avait caractérisé l'homme de cette deuxième modernité comme un « doublet empirico-transcendantal », un homme dont les coordonnées anthropologiques se trouvaient constamment prises au cœur de l'antinomie de la liberté et du déterminisme, donc de la responsabilité et de l'irresponsabilité. Une antinomie se jouant alors dans de nombreux dispositifs dont le plus évident est bien sûr la scène pénale qui, en fonction d'une évaluation de responsabilité, renverra l'auteur de l'illégalisme vers la prison (responsabilité) ou l'hôpital psychiatrique (irresponsabilité).

Retenons donc qu'avec cette deuxième modernité, les coordonnées anthropologiques centrales situent l'homme au cœur de cette tension entre deux pôles qui peuvent se dire de diverses manières rassemblées rapidement ici, même si l'énumération recouvre des points de vue différents :

<b>Transcendantal</b>	<b>Empirique</b>
Libre	Déterminé
intentionnel	Expliqué par des causes
volontaire	Involontaire
raison	Affectivité, émotion
Responsable	Irresponsable
normal	Pathologique
Capable	Incapable
actif	passif
autonome	Hétéronome
sujet	Objet
compréhensible	Explicable

Au-delà de cette première hypothèse anthropologique se situant dans la droite ligne des travaux de M. Foucault, il m'a paru intéressant de revenir au statut donné par Kant lui-même à cette antinomie de la liberté et du déterminisme.

En effet, à lire attentivement l'œuvre kantienne, on peut y repérer deux interprétations de l'antinomie entre liberté et déterminisme, ou, pour reprendre les termes de M. Foucault, du doublet empirico-transcendantal. Ce que j'appellerai d'une part une interprétation *disjonctive* selon laquelle l'homme serait l'un OU l'autre, conduisant alors tendanciellement à un partage des êtres, libres ou déterminés, capables ou incapables, normaux ou fous...; et, d'autre part,

une interprétation *conjonctive*, dominante mais non exclusive chez Kant, selon laquelle l'homme serait à la fois libre ET déterminé, et débouchant alors plutôt sur l'hypothèse d'un *continuum anthropologique*, l'homme se trouvant toujours dans l'entre-deux, quelque part dans une position précaire et incertaine, plus ou moins du côté de l'empirique, plus ou moins du côté du transcendantal.

J'ajouterai alors que cette tension entre conjonction et disjonction, constitutive de la deuxième modernité, pourrait être historicisée, et que l'on pourrait donc présupposer, que, traversée constamment par cette tension, la deuxième modernité oscillerait entre périodes conjonctives et disjonctives, mais aussi, de manière synchronique cette fois, entre espaces sociaux dominés par une perspective conjonctive, d'autres par une perspective disjonctive. Dans le cadre de cet article, c'est la première voie, diachronique que je chercherai à baliser.

Plus précisément, dans ce cadre interprétatif, et en jetant un regard rétrospectif sur cette deuxième modernité, on pourrait faire, me semble-t-il, l'hypothèse que, si le 19<sup>e</sup> et la première moitié du 20<sup>e</sup> siècles, ont été marqués par une dominante disjonctive, au contraire la deuxième moitié du 20<sup>e</sup> siècle a vu émerger lentement, et de plus en plus fortement ensuite, une dominante conjonctive, mettant en avant bien moins une logique de partage des êtres qu'un continuum anthropologique.

#### *Partage des êtres versus continuum anthropologique.*

Je ne peux m'étendre longuement sur l'illustration de cette hypothèse historique, me contentant de quelques brefs éléments.

Ainsi, au 19<sup>e</sup> siècle, le concept de « capacité » est-il une catégorie politico-juridique centrale, fondant un partage des êtres, « capables » et « incapables », renvoyant lui-même à des traitements sociaux radicalement différenciés, comme par exemple l'accès à des droits fondamentaux (le droit de vote par exemple). Cette citation de Guizot illustre parfaitement la conception alors dominante de la capacité : « c'est la capacité qui confère le droit, et la capacité elle-même est un fait indépendant de la loi, que la loi ne peut ni créer ni détruire à volonté, mais qu'elle doit s'appliquer avec exactitude » (Rosanvallon, P., 1992, 32). Cette interprétation radicalement objectivante du concept de capacité tranche bien entendu fortement par rapport à l'usage fait aujourd'hui de ce même concept que l'on voit s'imposer au sein des nouvelles politiques sociales, comme aussi dans la philosophie morale (Ricoeur, P., 2001) ou politique (Sen, A., 1993). Là, la capacité, plutôt qu'une propriété objective permettant de classer les êtres, apparaît comme une disposition potentiellement présente chez chacun d'entre eux et qu'il s'agit de mobiliser, de former, d'éveiller ou d'activer (Genard, 2007). La capacité pourra alors être associée à des dispositifs de « capacitation » qui, plutôt que de se contenter de ranger les êtres dans des classes, s'efforceront de les tirer vers des états de renforcement de leur pouvoir-être et faire, c'est-à-dire de leur autonomie.

Dans le même ordre d'idées, on pourrait se référer à l'évolution dans les conceptions de la guérison de la folie. Rappelons tout d'abord à cet égard que c'est seulement au milieu du 20<sup>e</sup> siècle que les politiques de santé mentale passeront, en Belgique, du département de la justice vers celui de la santé, intégrant donc l'horizon d'une guérison possible, c'est-à-dire d'une transition vers l'autonomie et la responsabilité. Mais, en se plaçant plus strictement du point de vue du champ thérapeutique, on sait que, au 19<sup>e</sup> siècle, la conception de la guérison est plutôt basée sur les pouvoirs du thérapeute. Ou encore que, même chez les théoriciens que l'on associerait le plus volontiers à l'idée d'un continuum anthropologique, Pinel et Esquirol,

la guérison, c'est-à-dire le passage du pathologique au normal, est pensée selon le modèle du choc, et cela précisément parce qu'entre les deux pôles du normal et du pathologique existe une solution de continuité. Tout cela tranche fortement avec les conceptions contemporaines où l'on parlerait plus volontiers des contributions du patient à sa propre guérison, de ses responsabilités par rapport à celle-ci, voire de co-construction du soin.

Sans multiplier les exemples, il me semble donc possible de faire l'hypothèse d'un passage progressif d'une conception disjonctive vers une conception conjonctive. Passage dans lequel, au niveau des savoirs psycho-pathologiques, l'évolution des conceptions de l'hypnose (d'abord référée à un partage des êtres, seuls certains, malades mentaux, femmes... étant supposés hypnotisables, ensuite rapportée, notamment via les travaux de l'école de Nancy dans les années 1880, à une suggestibilité générique) ainsi que la psychanalyse, auront vraisemblablement joué un rôle moteur.

*Fragilité, vulnérabilité, souffrance... : l'anthropologie conjonctive de l'entre-deux.*

Cette évolution vers un continuum anthropologique, initiée donc au tournant des 19<sup>e</sup> et 20<sup>e</sup> siècles, connaît, à mon sens, une radicalisation depuis quelques décennies. Le modèle anthropologique aujourd'hui dominant placerait donc l'homme au cœur de ce continuum, toujours dans l'entre-deux du normal et du pathologique, toujours donc fragile, toujours vulnérable, mais aussi toujours responsable bien que toujours excusable.

Dans le même temps, les oppositions radicalisantes entre l'état normal et la maladie ont cédé la place à un univers sémantique assumant l'entre-deux, pouvant paraître euphémisant par rapport à la maladie, mais pouvant aussi sembler accorder un poids excessif à ce qui somme toute peut apparaître comme fondamentalement lié à la condition ou à la finitude humaine, trouble, souffrance, vulnérabilité, fragilité...

Ce qui transparaît également dans ces glissements sémantiques, c'est la transformation du regard et de la posture : au regard objectivant que présuppose l'univers sémantique de la maladie et des nosographies qui le déploient, s'oppose ou plutôt se superpose et se conjugue aujourd'hui l'univers sémantique bien davantage subjectivant du trouble et de la souffrance. Là où la posture objectivante renvoyait la maladie ou la folie du côté du pôle « empirique », la sémantique du trouble et de la souffrance telle qu'elle se manifeste aujourd'hui positionne le regard dans l'entre-deux : la souffrance se situe à la fois dans la registre de l'agir et dans celui du pâtir. Du coup, le regard sur le trouble et la souffrance tend à se déployer en deux sens : d'une part, l'anthropologie continuiste fonde une extension du regard objectivant vers des difficultés existentielles qui n'auraient pas été « pathologisées » auparavant (pensons ici à l'extension du DSMIV vers des traits de personnalité qui n'auraient auparavant pas été abordés au travers du registre de la maladie) ; de l'autre, cette même anthropologie crée les conditions pour une critique éthique de ce même regard objectivant qui tend à priver l'individu qui en est l'objet de son humanité (pensons là aux actuelles critiques du soin et à l'opposition *cure-care*).

Revenant plus spécifiquement sur le concept de souffrance, l'actuel contexte interprétatif permet, comme je l'évoquais, de ne plus le saisir selon le seul registre du pâtir. La souffrance est alors aussi de l'ordre de l'expression de soi, de la résistance, de la révolte de soi... mais cela face à des facteurs contextuels qui échappent. Le livre de Christophe Dejours, *Souffrance en France*, qui connut et connaît une très large audience, est extrêmement significatif à cet égard. On peut par exemple y lire ceci : « on peut soutenir un concept de « normalité

souffrante », la normalité apparaissant alors non pas comme l'effet passif d'un conditionnement social, d'un quelconque conformisme ou d'une « normalisation » péjorative ou méprisante, obtenue par « intériorisation » de la domination sociale, mais comme un résultat conquis de haute lutte contre la déstabilisation psychique provoquée par les contraintes du travail » (Dejours, 1998, 43). Et tout son travail théorique à propos de la souffrance consistera précisément à y réinjecter une dimension active, comme d'ailleurs à déconstruire l'opposition traditionnelle entre raison et affectivité au travers notamment du concept récurrent de « rationalité pathique ». On pourrait d'ailleurs, dans la même ligne, souligner à quel point convergent depuis plusieurs dizaines d'années, dans la foulée sans doute de la psychanalyse mais aussi de l'anti-psychiatrie, des travaux qui envisagent le symptôme en général de manière « active », non comme un pâtir ou une réaction mais comme une réponse, une affirmation de la subjectivité, mais, bien entendu une réponse qui n'est pas à lire dans le registre de la pleine maîtrise de soi.

On sait à quel point l'opposition de l'actif et du passif prit une importance au cœur de l'anthropologie de la première et de la deuxième modernité, en particulier pour justifier ce partage des êtres que j'ai déjà évoqué, notamment entre citoyens actifs et passifs. D'une certaine façon, la sémantique de la souffrance, de la vulnérabilité – mais on pourrait parler aussi de celle de la victime – renvoie le regard du côté de la passivité des êtres. Mais, comme on vient de le voir, les choses sont loin d'être aussi simples : les nouvelles coordonnées conjonctives permettent d'y lire aussi de l'activité. Comme de manière générale, elles devraient nous inciter à ressaisir les registres du pâtir dans celui de la capacité.

Les travaux de P. Ricoeur, notamment ceux qui prennent appui sur le domaine de la médecine, peuvent constituer une autre illustration de ce même glissement anthropologique. Dans un texte intitulé *autonomie et vulnérabilité*, Ricoeur oppose l'*antinomie* de la liberté et du déterminisme – la référence au terme kantien d'« antinomie » supposant que les termes renvoient à des « univers de discours différents » (Ricoeur, P., 2001, 86) – et ce qu'il nomme le *paradoxe* de l'autonomie et de la vulnérabilité ou de la fragilité – la référence au « paradoxe » supposant, selon Ricoeur, que les termes appartiennent au même univers du discours. Retraduit dans notre cadre conceptuel : disjonction pour l'antinomie, conjonction pour le paradoxe. « C'est le même homme, écrit Ricoeur, qui est l'un et l'autre sous les deux points de vue différents. Bien plus, non contents de s'opposer, les deux termes se composent entre eux : l'autonomie est celle d'un être fragile, vulnérable. Et la fragilité ne serait qu'une pathologie, si elle n'était pas la fragilité d'un être appelé à devenir autonome, parce qu'il l'est dès toujours d'une certaine façon » (Ricoeur, P., 2001, 86-87).

Toujours dans l'entre-deux de l'empirique et du transcendantal, l'homme est bien sûr fragilisé, mais il n'est jamais non plus sans ressources, éventuellement latentes et dès lors à *activer*. Toujours vulnérable (et appelant donc attention et sollicitude), mais jamais totalement démuné (et exigeant donc rappel à la responsabilité et à la reprise en main de soi), tel est le visage de l'individu du continuum anthropologique contemporain.

*Quelques indices de cette transition du regard anthropologique.*

Je souhaiterais maintenant évoquer quelques indicateurs de ce passage qui mériteraient très certainement des explicitations plus larges que celles que m'autorise cet article. Tous mettent fortement en évidence le recouvrement et la contamination de registres qui ont pu être fortement séparés auparavant.

Le premier élément qui s'impose à l'esprit est évidemment l'extraordinaire extension du recours aux thérapies psychologiques, initiées dès les années 50-60 par l'émergence de ce que R. Castel avait alors appelé les « thérapies pour normaux ». On pourrait également évoquer la montée des pathologies dites psycho-somatiques effritant l'ancien dualisme entre l'esprit (libre-transcendantal) et le corps (déterminé-empirique). Ou encore le « brouillage nosographique » dont parle P.L. Assoun (Assoun, P.L., 2006, 114-115) et qu'illustre par exemple l'extension de l'usage du concept d'individu « border line », c'est-à-dire précisément d'individu se situant sur la ligne fluctuante de « partage des eaux » où se rencontrent le normal et la pathologique. On pourrait également évoquer la tendance « déflatoire » qu'a connue la définition de la santé mentale passant d'un état de bien-être total à une capacité de vivre avec ses manques ou ses souffrances. Ou, dans le même esprit, l'irruption récente du concept « à succès » de résilience qui définit précisément cette capacité de vivre avec ses traumatismes. Dans un autre ordre d'idées, on pourrait évoquer l'actuelle fascination pour le fait divers mettant en scène des acteurs « normaux » basculant de manière imprévisible dans l'horreur et la monstruosité, à l'image de cet épisode récent où une mère en est venue à assassiner successivement ses cinq enfants à l'arme blanche, des images qui tranchent fortement avec la représentation des images comme celles que véhiculaient les criminels-nés de Lombroso. La littérature à succès exploite d'ailleurs la même veine à l'image du récent roman de Eric Emmanuel Schmit dont le héros est Hitler et dont le « message » est finalement que Hitler peut être somme toute tout un chacun.

Dans un tel contexte, le décrochage psychique n'apparaît plus en aucun cas comme un état limite mais au contraire comme une éventualité constante, comme une donnée anthropologique essentielle à laquelle il convient de prêter attention même dans ses manifestations légères.

C'est donc à mon sens à l'aune de cette évolution qu'il faut situer la montée en puissance du vocabulaire du trouble, de la souffrance, de la fragilité et de la vulnérabilité. Un nouveau contexte anthropologique qui, comme je l'ai suggéré, conduit à une reconsidération profonde des dualismes forts institués par la tradition, comme ceux énumérés précédemment ou comme celui, rappelé également, entre le corps et l'esprit. Un contexte qui, également, comme le suggère M. Gauchet (Gauchet, M., 2002, 269s.), appelle une réévaluation de l'émotion et de l'affectivité, jusque là considérés comme l'opposé des conditions de la responsabilité, de la rationalité et de la volonté. Désormais, au regard de ces nouvelles coordonnées anthropologiques, l'homme se révèle autant dans les signes de sa maîtrise de soi que dans ceux de sa perte de soi. Il se révèle autant dans ses troubles et ses souffrances que dans ses discours ou ses manifestations cognitives. Epistémologiquement d'ailleurs, l'affectivité n'apparaît plus comme l'envers exact de la rationalité, elle porte en elle une dimension cognitive, comme à l'inverse la raison ne paraît plus pouvoir être comprise dans sa version désincarnée, pure d'émotion. Les dispositifs sociaux se doivent d'ailleurs de prendre en compte l'émotion, comme l'attestent par exemple les dispositifs d'accompagnement mis en place pour gérer le stress consécutif aux catastrophes ou aux traumatismes, ou comme le montrent également, ce que j'évoquais précédemment, les critiques portées au soin considéré simplement comme *cure*, en oubliant l'importance du *care*.

Tout à fait en phase avec cette hypothèse d'un entre-deux ou d'un continuum anthropologique, Gauchet poursuit son raisonnement en soulignant combien l'acteur contemporain se trouve conjointement soumis à des exigences de réflexivité (et non plus, remarquons-le, de « raison ») et d'engagement affectif, sans qu'il y ait contradiction entre ces

deux dimensions. Un engagement affectif qui, comme cela a déjà été évoqué, ne doit plus être lu, comme ce pouvait être le cas auparavant, dans le seul registre de la passivité.

Au cœur de cet entre-deux anthropologique, le trouble et la souffrance sont à la fois révélateurs d'un mal-être mais aussi et en même temps réponse à ce mal-être, ré-affirmation de soi, et ressources, ressorts possibles pour une reprise en main de soi, pour une reconstruction de soi. Le concept déjà évoqué de résilience vise bien cela : ce qui était trauma paralysant et inhibant, devient, grâce à la résilience, capacitant et habilitant. De manière générale d'ailleurs, les médias ne cessent de mettre en scène les épreuves que doivent affronter les gens en insistant à la fois sur leur vulnérabilité, mais aussi sur les forces de caractère qui leur ont permis de les surmonter, sans que celles-ci n'aient d'ailleurs laissé leurs traces.

Au regard donc de ces nouvelles coordonnées anthropologiques, chacun se trouve à tout moment, dans sa fragilité, susceptible de basculer, de décrocher, mais en même temps, chacun possède toujours des ressources qu'il s'agit de déceler, et sur lesquelles il faut s'appuyer. L'individu contemporain se trouve donc invité à reconnaître ses manques, à vivre avec ceux-ci, à assumer ses faiblesses, mais aussi à se prendre en charge, à s'en sortir, malgré ses manques. A prendre donc conscience de ses ressources, de ses capacités qui, peut-être, se dissimulent derrière sa vulnérabilité, avec donc comme horizon normatif la capacité de se prendre en charge, de s'assumer, d'être responsable de soi, de s'en sortir, de pouvoir être autonome.

Cette situation nouvelle d'oscillation ou de coexistence de deux registres antinomiques ou, plutôt, à suivre Ricoeur, paradoxaux, conduit assez naturellement à la cohabitation de discours aux tonalités opposées. J'en donnerai deux exemples. Le premier touche au concept de « victime » qui est l'objet de nombreux usages mais aussi de réflexions théoriques. A observer le paysage discursif entourant aujourd'hui le mot « victime », on ne peut qu'être frappé par des tendances qu'il faut bien qualifier d'antinomiques ou de paradoxales : d'un côté, la revendication d'un nécessaire souci pour la victime (comme cela apparaît si on observe l'horizon des réformes des procédures pénales, ou l'émergence de dispositifs d'encadrement des « victimes » de catastrophes, de traumatismes...) et, dans le même temps, de sévères critiques sur le « processus de victimisation » qui gagnerait actuellement notre société, de plus en plus d'acteurs cherchant à se positionner comme « victimes » (Fassin, D. et Rechtman, R. 2007 ; Erner, G, 2006 ; Eliacheff, C. et Soulez Larivière D., 2006...), par exemple pour bénéficier de la sollicitude, de prestations sociales... L'autre exemple toucherait au couple plainte-compassion : face à la plainte, on voit s'élever des voix sollicitant l'écoute de ceux qui se plaignent, en appelant à la sollicitude et la compassion, mais, dans le même temps, on voit se multiplier les critiques à l'égard du régime compassionnel qui gagnerait nos sociétés, celui-ci étant accusé notamment de restaurer une ambiance paternaliste ou de dédouaner certains acteurs de leurs responsabilités.

#### *Les évolutions de l'épistémologie des sciences sociales.*

S'agissant d'un ouvrage à dominante sociologique, je ne voudrais pas clôturer ces remarques sans évoquer rapidement comment ces glissements anthropologiques se répercutent sur l'épistémologie des sciences sociales (qui, elles-mêmes, contribuent d'ailleurs à les avaliser).

On sait évidemment à quel point –et le tableau précédent le signalais implicitement– l'antinomie kantienne a marqué l'histoire des sciences sociales. La très célèbre et d'ailleurs

inachevée querelle de l'explication et de la compréhension (Genard, 2003) est très clairement posée, dès le 19<sup>e</sup> siècle, dans une optique kantienne, portée qu'elle est par des auteurs appartenant à une mouvance néo-kantienne, Dilthey et Rickert notamment. L'enjeu est à la fois de garantir la scientificité des sciences de l'esprit, mais aussi de construire des méthodes d'approche des processus humains à la hauteur de leur spécificité. Mais, en toile de fond, la question est bien celle de la liberté et du déterminisme, de l'explication par des *causes* ou de la compréhension par des *raisons*. Je ne m'étendrai pas sur cette querelle récurrente, ce qui nous ferait sortir de l'ambition de cet article. Je me contenterai d'attirer l'attention sur ce qui me semble une évolution de l'épistémologie des sciences sociales qui a fortement marqué ces dernières années et qui, d'une certaine façon, rejoue, dans un contexte renouvelé, la querelle de l'explication et de la compréhension, mais cette fois en phase avec ce que j'appelle une anthropologie continuiste.

Je pense ici principalement à l'épistémologie sous-jacente au courant pragmatique qui est assurément le courant sociologique qui renouvelle le plus fortement l'épistémologie des sciences sociales depuis une vingtaine d'années. Dans un article intitulé significativement *Nécessité et justification*, L. Boltanski entend opposer des sociologies assumant la nécessité à des sociologies –et en l'occurrence c'est au courant pragmatique qu'il pense en priorité– qui, quant à elles, assument la dimension morale de l'action et des acteurs (Boltanski, 2002), entendons-donc leur responsabilité, leur intentionnalité<sup>2</sup>. Tout en admettant des effets structurels et en reconnaissant d'ailleurs que l'ouvrage intitulé *De la justification. Les économies de la grandeur* les sous-estimait, Boltanski entend affirmer l'impératif épistémologique de faire place à la dimension morale de l'action et donc de prendre au sérieux l'autonomie des acteurs. A y regarder de plus près, l'anthropologie du courant pragmatiste est une anthropologie que l'on peut qualifier de « capacitaire », c'est-à-dire une anthropologie qui reconnaît aux acteurs des capacités et des compétences, une anthropologie au travers de laquelle la sociologie pragmatique entend prendre ses distances par rapport aux sociologies qui, d'une façon ou de l'autre, récusent l'autonomie de l'individu. Des capacités et des compétences qui ne sont toutefois pas des données permettant d'objectiver les identités des individus (comme c'était le cas avec l'opposition entre « capables » et « incapables » au 19<sup>e</sup> siècle), mais qui apparaissent comme des ressources potentialisées qui peuvent être activées, s'enrichir, se tarir...

C'est à mon sens le même glissement vers une anthropologie continuiste que traduit la montée en puissance, déjà évoquée, de la question de l'affectivité ou de l'émotion par la sociologie. Une prise en compte très différente de la manière dont la tradition sociologique l'avait faite, théorisant l'affectivité comme l'exact envers de la rationalité. Pensons ici aux travaux de Gabriel de Tarde et à la sociologie des foules (où l'affectivité est pensée en relation avec l'influence hypnotique), ou encore à l'usage du concept d'affectivité dans la sociologie wébérienne pour laquelle l'activité affectuelle est opposée à l'activité rationnelle. Comme le signalait d'ailleurs la référence aux travaux de Ch. Dejours, l'affectivité et l'émotion sont aujourd'hui pensées dans une optique cognitiviste. Outre les usages et analyses des émotions (par exemple, Schurmans, M.N., 2003), on a vu apparaître des travaux qui, très clairement, assument, souvent en relation avec les théories du langage ou la psychologie cognitive, la co-appartenance des registres cognitifs et affectifs. On peut se reporter ici aux travaux de P. Livet (Livet, P., 2002), P. Paperman et R. Ogien (Paperman P. et R. Ogien, 1995) et bien d'autres.

---

<sup>2</sup> Boltanski reconnaît d'ailleurs à plusieurs endroits sa dette à l'égard de Ricoeur et notamment à l'usage que celui-ci fait du concept de « capacité » ou de « *capabilities* ».

## *Nouvelles coordonnées anthropologiques et transformations de l'action publique.*

L'hypothèse que je souhaiterais défendre maintenant, pour terminer cet article, considère que cette nouvelle donne anthropologique va justifier une nouvelle économie de l'action publique.

Il y a aurait à cet égard beaucoup de choses à dire qui pourraient illustrer une homologie entre les évolutions des repères anthropologiques et les transformations de l'action publique. J'évoquerai simplement l'émergence, dans les sphères de l'action publique les plus marquées par ce glissement anthropologique, d'un très large pluralisme des dispositifs balisant en quelque sorte toute l'étendue du continuum. Alors que l'anthropologie disjonctive avait pour correspondant une disjonction forte des dispositifs sociaux vouant par exemple les acteurs à se situer soit dans la normalité soit à subir l'enfermement en asile ou en hôpital psychiatrique, l'évolution vers le continuum anthropologique s'est accompagnée d'une pluralisation des dispositifs dont l'enfermement en hôpital psychiatrique d'un côté et une normalité dépourvue de souffrance constituent en quelque sorte les figures extrêmes. La deuxième moitié du 20<sup>e</sup> siècle a ainsi vu se développer un ensemble de dispositifs désignés globalement par le terme « ambulatoire », dispositifs qui « peuplent » d'une certaine façon le continuum anthropologique en offrant des formes de soins et de prises en charge adaptées aux différents cas se situant au fil du continuum. Dans ce contexte, l'autonomie est par ailleurs devenue l'horizon majeur de cette prise en charge au point que de nombreux acteurs en viennent aujourd'hui à constater et à déplorer le manque d'institutions assurant des prises en charges de longue durée, ou à dénoncer le fait que les personnes présentant un faible pronostic d'autonomisation, comme les toxicomanes par exemple, trouvent de moins en moins aisément place dans le système ambulatoire. Cette pluralisation des dispositifs s'accompagne également de pratiques de balisage du « circuit de soins » et de suivi ou de traçabilité des acteurs, y compris d'ailleurs une fois qu'ils ont quitté les institutions, la vulnérabilité apparaissant en quelque sorte comme rédhibitoire.

Ce continuum anthropologique fonde également une nouvelle économie de l'intervention sociale-thérapeutique. Etudiant l'histoire de l'intervention thérapeutique au 19<sup>e</sup> siècle, c'est-à-dire avant Freud, Gladys Swain y distingue deux voies opposées (Swain, G., 1994). Celle tout d'abord de la *persuasion*, accrochée plutôt aux pratiques héritées du 18<sup>e</sup> siècle, dans laquelle le thérapeute moralise, ce qui suppose, face à lui, un individu autonome, capable de saisir ce qu'on lui veut et de maîtriser sa volonté. Celle ensuite de la *suggestion* (illustrée par les pratiques hypnotiques) qui renvoie le traitement du seul côté de la puissance du thérapeute. Ce dualisme, qui se situe en phase avec ce que j'ai appelé une anthropologie disjonctive va être, à suivre toujours G.Swain, remis en question par la psychanalyse. On pourrait y ajouter que l'émergence contemporaine d'un continuum anthropologique va en quelque sorte obliger à des pratiques oscillant constamment entre les deux, et même peut-être plus qu'osciller, à tenir constamment un double discours. D'un côté écoute, empathie, sollicitude, compassion et, surtout, accompagnement, guidance, coaching... de l'autre, invitation à s'exprimer, à se ressaisir, à se prendre en mains, à se responsabiliser. Un discours et des pratiques oscillant donc constamment entre horizon de la dépendance et horizon de l'autonomie. Les supports offerts –et nécessaires sous l'horizon de la dépendance- sont alors forcément pensés comme éphémères, l'intervention sociale-thérapeutique étant considérée comme un échec dès lors qu'elle s'installerait dans la durée, sanctionnant alors la situation de dépendance.

Mais les transformations évoquées ici sont loin de s'arrêter au seul domaine de la santé. On a beaucoup signalé à quel point l'action sociale travaillait aujourd'hui à l'individualisation des prestations, à quel point se développaient de nouveaux modes d'action sur les subjectivités, à

quel point aussi l'horizon de la responsabilisation ou de l'activation s'imposait au cœur des nouvelles formes de politiques publiques. On a parlé de transformations des logiques de guichet et de la montée de pratiques de magistrature sociale (Weller, 1999). On a mis en évidence à quel point ces nouvelles manières de faire obligeaient les travailleurs sociaux opérant dans ce contexte à faire droit à des exigences d'empathie, d'écoute... A quel point l'impératif de responsabilisation ne pouvait s'opérer que moyennant l'instauration de relations de confiance entre travailleurs sociaux et usagers. On a signifié également les limites des interventions balisées par le droit et la nécessité de faire place à des exigences éthiques de respect, de dignité. Mais, dans le même temps, ces nouvelles politiques sociales se sont construites sur base des critiques adressées aux politiques classiques de redistribution propres à l'Etat social qui se sont vues accusées de « déresponsabiliser » les individus, d'en faire des assistés. Les pratiques inhérentes à ces nouvelles politiques sociales oscillent donc constamment dans l'entre-deux du continuum, alternant protection et sollicitation, assistance et responsabilisation. Du coup, elles font peser sur les individus des exigences qui peuvent conduire alors à déresponsabiliser l'Etat de ce qu'il assumait auparavant.

De manière générale, au-delà donc des politiques sociales ou de santé, on sait que le discours managérial ou les nouvelles logiques de travail et de ressources humaines en sont venus à faire des travailleurs –tendanciellement à quelque échelle qu'ils se situent- les responsables de leurs capacités et de leurs compétences, responsables donc de les enrichir, de les développer... pour assurer leur « employabilité »(Zimmerman, B. 2000 et Genard, J.L. 2008).

### *En guise de conclusion*

L'évocation rapide de ce qu'il en est de l'impact de cette anthropologie que j'ai appelée continuiste sur les politiques sociales attire l'attention sur un point qu'il me semble intéressant d'évoquer en conclusion.

Comme on le sait, l'ancienne opposition, propre au 19<sup>e</sup> siècle, entre individus « capables » et « incapables », portait avant tout sur le régime qui leur était appliqué, délimitant donc des sujets à la fois moraux et de droit, dotés des caractéristiques de la responsabilité, et des « sujets » de non-droit qui, tout au plus, étaient susceptibles de bénéficier d'un regard charitable ou de mesures d'assistance.

Les exemples précédents laissent penser que l'anthropologie continuiste modifie sensiblement cette donne. Là où le régime disjonctif prêtait aux acteurs « capables » une pleine autonomie, le régime conjonctif fait de chacun un être à la fois capable et incapable, responsable et irresponsable. Cette ambivalence où se mêlent les contraires, modifie les conditions du regard que chacun porte sur autrui. En particulier, cette oscillation produit les conditions d'un chevauchement des registres que j'identifierais en parlant d'un côté du régime moral-juridique (l'autre étant alors sujet de plein droit) et de l'autre de régime éthique-compassionnel (l'autre apparaissant dans sa fragilité). Parmi de nombreux autres, les travaux de Paul Ricoeur sont particulièrement significatifs à la fois de la mise en évidence de ces liens entre éthique et vulnérabilité, et de la critique des dispositifs sociaux, médecine, droit... au nom d'une éthique de la sollicitude.

Il me semble donc tout à fait pertinent d'attirer l'attention sur la correspondance entre l'émergence de ce que j'ai appelé l'anthropologie continuiste et la montée en puissance d'un régime éthique-compassionnel venant quelquefois interférer avec, s'opposer à, contaminer les régimes juridique ou politique qui se sont constitués historiquement sur les bases

anthropologiques héritées du 19<sup>e</sup> siècle. Ainsi, se dénoncera l'inhumanité du droit ou, plus généralement de ce que Max Weber appelait la domination rationnelle-légale (Genard, J.L. 1999a). Ainsi, la catégorie de reconnaissance –fortement chargée éthiquement- fera-t-elle incursion dans le registre politique pour suppléer aux insuffisances de celle de redistribution. Ainsi, comme je l'ai évoqué, se multiplient les scènes où, comme dans les politiques sociales, éthique, droit et politique s'entremêlent, ou encore les dispositifs où la puissance publique se fait forte de prendre en charge les souffrances et les vulnérabilités. Ainsi, enfin, le politique en vient-il à comprendre ses responsabilités autant dans les termes objectivants des garanties juridiques que dans les termes subjectivants de l'accroissement des capacités (Cantelli, F. et Genard, J.L., 2007).

Mais, c'est dans le même temps que la dureté des traitements politiques à l'égard de ceux qui sont affaiblis (et qui dans l'autre référentiel anthropologique auraient pu être dédouanés de leurs responsabilités) s'accroît, que la pression à l'autonomie et à la responsabilité ne cesse de s'amplifier.

Nous ne sommes donc plus dans le grand régime d'exclusion que fondait l'anthropologie disjonctive. Nous pouvons donc y voir un progrès puisque désormais le territoire de ceux auxquels est présupposée une capacité juridique ne cesse de s'étendre. Mais cette extension a un prix. Celui de la sur-responsabilisation de soi, et, s'agissant de politiques publiques, celui d'un infléchissement vers la généralisation de dispositifs d'accompagnement dont l'horizon sera précisément cette pression à la reprise en main de soi et l'alibi la vulnérabilité. Peut-être est-ce précisément là l'enjeu fondamental de ce nouveau contexte conjonctif : que l'envahissement de ces injonctions à la responsabilité portées désormais par les médias, les politiques publiques, la pensée managériale... n'en vienne pas à dédouaner le politique de ses obligations de placer les citoyens en mesure d'assumer les capacités que l'on attend d'eux. Parce que son horizon anthropologique est l'entre-deux de l'autonomie et de l'hétéronomie, la sémantique de la vulnérabilité peut aussi bien s'ouvrir à un régime de souci et de respect de l'autre qu'à un régime de moralisation, de néo-paternalisme, d'infantilisation ou de dureté (Genard, J.L., 2008a). Cela, seules des analyses empiriques pourront en décider.

## Bibliographie.

- ASSOUN, P.L. (2006). « Jouissance du malaise. L'hypermoderne à l'épreuve de la psychanalyse », dans AUBERT, N., (2006). *L'individu hypermoderne*, Paris : Sociologie clinique, Eres.
- BOLTANSKI, L., (2002). « Nécessité et justification » dans *Revue économique*, vol. 53, n°2, (mars 2002), p. 275-289.
- CANTELLI, F. et GENARD, J.L. (2007). *Action publique et subjectivité*, Paris : Droit et société, LGDJ.
- DEJOURS, Ch. (1998). *Souffrance en France, la banalisation de l'injustice sociale*, Paris : Points P715, Seuil.
- ELIACHEFF, C. et SOULEZ LARIVIERE, D., (2006), *Le temps des victimes*, Paris : Albin Michel.
- ERNER, G., (2006). *La société des victimes*, Paris : La Découverte.
- FASSIN, D. et RECHTMAN, R., (2007), *L'empire du traumatisme : enquête sur la condition de victime*. Paris : Flammarion.
- GAUCHET, M. (2002). *La démocratie contre elle-même*, Paris : Tel317, Gallimard.
- GENARD, J.L., (1999). *La grammaire de la responsabilité*, Paris : Humanités, Cerf.

- GENARD, J.L., (1999a). « Droit, reconnaissance et réconciliation. A propos de la typologie d'A. Honneth », dans *Recherches sociologiques*, n°2, vol. XXX, 1999, « Souffrance sociale et attentes de reconnaissance. Autour du travail d'A. Honneth », Louvain-la-Neuve, p. 183-196.
- GENARD, J.L., (2003), « Quelques réflexions sur la solution proposée par K.O. Apel à la controverse expliquer-comprendre », dans N. ZACCAI-REYNER (éd.), *Expliquer-comprendre. Regards sur les sources et l'actualité d'une controverse épistémologique*. Bruxelles : Philosophie et société, éditions de l'ULB, p. 87-114.
- GENARD, J.L., (2007). « Capacités et capacitation : une nouvelle orientation des politiques publiques ? » dans CANTELLI, F. et GENARD, J.L. (2007). *Action publique et subjectivité*, Paris : Droit et société, LGDJ, p. 41-64.
- GENARD, J.L. (2008). *Management des compétences ou formation intégrée ?*, [http : //www.enseignement.be/prof/espaces/sup/colloques/Référentiels\\_compétences/Présentation\\_J-LGenard.pdf](http://www.enseignement.be/prof/espaces/sup/colloques/Référentiels_compétences/Présentation_J-LGenard.pdf), consulté le 01/07/2008.
- GENARD, J.L. (2008a). « Le respect sous l'horizon de la responsabilité » dans ZACCAI, N. (éd.). *Questions de respect. Enquête sur les figures contemporaines du respect*, Bruxelles : éditions de l'Université libre de Bruxelles.
- HABERMAS, J. (1997). *Droit et démocratie*, Paris : Gallimard.
- LIVET, P., (2002). *Emotions et rationalité morale*, Sociologies, Paris : PUF.
- PAPERMAN, P. et OGIEN, R. (1995). « La couleur des pensées, sentiments, émotions, intentions », *Raisons pratiques*, n° 6.
- RICOEUR, P. (2001). « Autonomie et vulnérabilité », dans *Le Juste 2*, Paris : éditions Esprit, p. 85-106.
- ROSANVALLON, P. (1992). *Le sacre du citoyen*, Paris : Gallimard.
- SCHURMANS, M.N., (2003). *Les solitudes*, Paris : PUF.
- SEN, A. (1993). *Ethique et économie*, Paris : PUF.
- SWAIN, G. (1994). *Dialogue avec l'insensé*, Paris : Gallimard.
- WELLER, J.M., (1999). *L'Etat au guichet, sociologie cognitive du travail et modernisation administrative des services publics*, Paris : Desclée de Brouwer.
- ZIMMERMAN, B., (2000). *Classifications, logiques de compétences et dialogue social*, Travail et emploi, n°84, octobre 2000

## Notice biographique

Jean-Louis GENARD est philosophe et docteur en sociologie. Directeur de l'Institut Supérieur d'Architecture de la Communauté Française « La Cambre » à Bruxelles, il est également chargé de cours à l'Université Libre de Bruxelles et aux Facultés universitaires Saint-Louis. Il dirige le GRAP, groupe de recherches en administration publique, attaché à l'ULB. Il a publié plusieurs ouvrages comme auteur ou comme éditeur : *Sociologie de l'éthique* (L'Harmattan, 1992), *Les dérèglements du droit* (Labor, 1999), *La Grammaire de la responsabilité* (Cerf, 2000), *Les pouvoirs de la culture* (Labor, 2001), *La motivation dans les services publics* (avec T. Duvillier et A. Piraux, L'Harmattan, 2003), *Enclaves ou la ville privatisée* (avec P. Burniat, La Lettre volée, 2003), *Santé mentale et citoyenneté*, (avec J. De Munck, O. Kutty, D. Vrancken, et alii, Academia, Gand, 2004), *Qui a peur de l'architecture ? Livre blanc de l'architecture contemporaine en communauté française de Belgique* (avec P. Lhoas, La Lettre Volée, La Cambre, 2004), *Expertise et action publique* (avec St. Jacob, Presses de l'Université libre de Bruxelles, 2004), *Les constructions de l'action publique* (avec F. Cantelli, S. Jacob et Ch. De Visscher, L'Harmattan, Paris, 2006), *Action publique et subjectivité* (avec F. Cantelli, LGDJ, Paris, 2007)... ainsi que de très nombreux articles. Ses travaux portent principalement sur l'éthique, la responsabilité, le droit, les politiques

publiques, la culture, l'art et l'architecture. [jgenard@ulb.ac.be](mailto:jgenard@ulb.ac.be) ou [jean-louis.genard@lacambre-archi.be](mailto:jean-louis.genard@lacambre-archi.be)

## **Journée d'étude FéWaSSM 10 décembre 2019**

### **Trois dispositifs d'accueil spécifique**

#### **Présentation**

##### **Club A. Baillon - Service de Santé Mentale**

Anne-Catherine GIGOT - Direction Administrative

Voici, ce que nous pouvons mettre en débat :

"Les personnes rencontrées dans les lieux de soins psychiatriques, malgré une apparente étrangeté, rencontrent, à leur manière bien singulière, les mêmes enjeux que chaque homme ou femme : la précarité des liens sociaux, de l'habitat, de la vie quotidienne, du désir.

Leur trajectoire extrême éclaire, avec une plus grande acuité, des besoins universels.

Elles sont les rosiers placés en tête de la vigne, plus fragiles que cette dernière, qui ramassent les maladies d'abord, et qui deviennent les premiers témoins d'un problème qui va arriver à tous.

Comment l'accueil soutient-il les options thérapeutiques ?

De l'accessibilité à, enfin, une prise en charge sans terme annoncé, en passant par le lien de confiance qui se crée dans la souplesse et la proximité.... il y a beaucoup à dire.

A propos des difficultés de mise en place et de soutien du dispositif également...

Nous proposons de réfléchir ensemble sur les repères que l'on peut identifier sur cette question de l'accueil en SSM, à partir de notre dispositif où l'accueil est plus ancien que le SSM lui-même."

##### **Groupe du jeudi - SSM « Entre Mots »**

Gioya CAPASSO - Infirmière psychiatrique

Dr Goor Damien - Psychiatre

Présentation du dispositif du groupe du jeudi mis en place à Entre Mots :

Le groupe du jeudi se passe donc le jeudi. C'est un groupe de soin créé autour de l'administration du traitement zypadhera (neuroleptique dépôt). Ce traitement nécessite une surveillance de 3h après l'administration.

Via ce groupe, les patients passent les 3h de manière plus agréable qu'en salle d'attente. Ce groupe est également ouvert à des patients qui n'ont pas d'injection mais qui ont besoin d'un cadre, d'un tremplin pour faire d'autres activités par la suite.

Le groupe du jeudi pourrait être présenté en articulation avec un accueil de patients fréquentant ce groupe autour d'un groupe « journal » qui évoque à partir de l'actualité les questions qu'elle pose à

chacune des personnes qui le fréquentent, ainsi que le Projet Nos Oignons qui vise à mettre en relation des personnes fragilisées d'un point de vue psychique avec des activités de maraichage.

### **Le dispositif du Gerseau – SSM « Safrans »**

Valérie Spielmann  
Claire Vander Vorst

Il s'agit d'une initiative spécifique autour de la petite enfance (plus particulièrement 0-3 ans), agréée depuis 8 ans par le SPW.

Notre équipe pluridisciplinaire se compose d'une pédopsychiatre, d'une logopède, d'une psychomotricienne et de 4 psychologues.

Le dispositif singulier dont l'objet est la relation précoce parents-enfant propose des interventions à partir du lieu de vie.

Le travail se fait en concertation avec le réseau constitué autour de l'enfant (crèche, gardienne encadrée, TMS, SAJ, service de maternité...).

Différents lieux sont constitués pour penser notre clinique :

- l'équipe du Gerseau (l'analyse de la demande en équipe, la constitution d'un tandem, les retours réguliers en équipe autour de chaque situation)
- la supervision avec un intervenant extérieur
- l'appui des cliniciens de la mission généraliste du SSM.

## Club André Baillon

Appel à contribution

*Les personnes rencontrées dans les lieux de soins psychiatriques, malgré une apparente étrangeté, rencontrent, à leur manière bien singulière, les mêmes enjeux que chaque homme ou femme : la précarité des liens sociaux, de l'habitat, de la vie quotidienne, du désir.*

*Leur trajectoire extrême éclaire, avec une plus grande acuité, des besoins universels.*

*Elles sont les rosiers placés en tête de la vigne, plus fragiles que cette dernière, qui ramassent les maladies en premier, et qui deviennent les premiers témoins d'un problème qui va arriver à tous.*

*Comment l'accueil soutient-il les options thérapeutiques ?*

*De l'accessibilité à, enfin, une prise en charge sans terme annoncé, en passant par le lien de confiance qui se crée dans la souplesse et la proximité....il y a beaucoup à dire.*

*A propos des difficultés de mise en place et de soutien du dispositif également...*

*Nous proposons de réfléchir ensemble sur les repères que l'on peut identifier sur cette question de l'accueil en SSM, à partir de notre dispositif où l'accueil est plus ancien que le SSM lui-même.*

## Intervention

Je pense qu'il est question ici d'expliquer ce qui nous a motivé à mettre en place un dispositif d'accueil.... Le club André Baillon existe depuis bientôt 50 ans, et l'accueil a préexisté à tout le reste. En effet, c'est sur la nécessité de mettre en place quelque-chose au sortir d'une hospitalisation psychiatrique, que quelques professionnels ont proposé, bénévolement d'abord, un moment d'accueil une fois par semaine...Cet accueil s'est étendu, étoffé d'activités plus structurées et a glané au fil du temps des agréments : service de santé mentale, centre de réadaptation fonctionnelle, habitations protégées et, depuis cette année, club thérapeutique

En tout cas, pour nous cette notion d'accueil est fondatrice.....

L'accueil, comme j'en parle ici, est un lieu où les personnes qui ont été admises, circulent librement pendant les heures d'ouverture du service ; c'est un groupe et une vie communautaire qui viennent répondre à du besoin de contact, offrir de la rassurance, un contenant et de l'appartenance.

Ces besoins de lien social et d'appartenance ne sont pas spécifiques aux personnes dont la santé mentale est fragile, ce besoin nous touche tous, mais les populations marginalisées, fragilisées, comme les migrants, les chômeurs etc... en font l'épreuve avant tous les autres et nous donnent des signaux.

La santé psychique s'équilibre difficilement en l'absence de lien social. Nous mettons donc toute une énergie à soigner le particulier en encourageant une communauté.

Ce sont les professionnels qui accueillent, mais pas que, et pas tout le temps....Un espace est dévolu à une circulation libre : tout le rez de chaussée, qui comprend une cour, un préau et des espaces intérieurs ( cuisine, salle à manger, espace numérique avec des coins musique et dessin).

**Les usagers y sont en permanence, et accueillent à leur façon, parce-que ce sont eux les premiers soignants.**

**Les professionnels passent, s'arrêtent, viennent inviter à d'autres activités plus structurées.**

**Ce temps ouvert, n'oblige pas à une demande, autorise la passivité. Les paroles qui s'échangent là ne sont pas orientées par le contexte de la consultation.**

**Dans cette écoute à ciel ouvert, nous pouvons recueillir ce qui nous permet de construire une partie de nos réponses, de nos outils thérapeutiques, parce-que certains problèmes émergent autrement , concernent plus d'une personne etc.**

**Nous pouvons également saisir des enjeux qui ne sont pas nécessairement amenés par la personne elle-même (la façon dont elle interagit avec les autres, son rythme etc .....**)

**Le dispositif s'appuie également sur une table ronde hebdomadaire qui est un lieu de parole formel pour tout ce qui concerne la vie institutionnelle. C'est à partir de là que peuvent naître et vivre des projets, que peuvent se discuter les difficultés et les joies du vivre ensemble. C'est d'ailleurs avec ce groupe que nous avons élaboré une charte du vivre ensemble qui pose certaines balises.**

**Nous n'excluons pas (ca serait un contresens d'exclure quelqu'un sur la difficulté pour laquelle il vient vers nous), nous demandons à la personne de quitter parce-qu'elle n'est pas suffisamment bien pour rester dans un groupe. La porte reste toujours ouverte à un contact individuel.**

**L'équipe veille à l'ambiance.**

**Il nous paraît important d'installer une ambiance, chaleureuse et accueillante, où il y a place pour de la passivité, mais aussi une ambiance vivante et propice à de la responsabilisation....**

**Dans le genre, je vais vous parler de notre dernier-né. L'idée était de créer un pôle d'attraction, qui permette l'émergence d'attitudes diversifiées.**

**Nous aurions pu choisir d'avoir un chat ou un feu ouvert, nous avons choisi d'installer un aquarium, c'était plus gérable.**

**On a placé l'aquarium vide et les choses se sont mises en place un peu d'elles-mêmes. Un groupe est allé chercher des éléments dans la nature pour créer un décor, on a installé les poissons. Certains usagers ont souhaité avoir « leur » poisson. Assez naturellement, ils se sont investis dans le nourrissage des poissons, ont organisé une tournante. Ils nous ont fait part de leurs observations (le jaune a l'air malade, il y a des jeunes, le rayé mange les petits....). Certains discutent avec les poissons et nous font part des réponses des poissons. Ils nous téléphonent aussi, pour savoir comment vont les poissons, savoir si quelqu'un les a nourri...**

**C'est l'ambiance. Ce n'est pas tout simple, mais cela génère du vivant, des possibilités d'investissement à différents degrés.**

**L'idée est de laisser émerger ce qui vient, que celui qui veut, puisse prendre une place à sa façon.**

**Je pense à cette usagère qui m'a dit dernièrement : « le jeudi, je balaie, moi ici ».**

**A cet autre aussi qui vient ne rien faire, mais plutôt rythmer sa vie comme quand il allait au travail, avoir un ailleurs par rapport à sa famille.**

**Et à un autre usager, qui s'asseyait toujours à la même place, une place où il était, la plupart du temps, caché derrière une porte quand elle était ouverte. Il est resté mutique, venant chaque jour**

**pendant un an jusqu'à ce qu'il nous fasse une demande pour être accompagné dans la démarche de quitter sa famille vers un logement individuel.**

**Ce travail d'accueil n'est pas confortable : la sonnette et le téléphone sonnent sans cesse, l'entretien du lieu n'est pas évident, pas plus que le vivre ensemble de toutes ces personnes dont certaines se sentent dans un statut d'exception, dont certaines ont une hygiène retentissante. Dans les moments non encadrés, ça navigue parfois entre les éclats de rire et les colères, et demande une vigilance constante aux professionnels occupés à autre chose pourtant.**

**Cet accueil, permet aux membres d'être présents en dehors d'un rendez-vous, permet de la présence même après qu'un travail thérapeutique soit terminé . Il pose les balises d'un retour possible après une absence. Il arrive régulièrement que des personnes nous reviennent lorsqu'elles se sentent plus mal.**

**A moins de disposition particulière, il n'y a pas de terme annoncé à cette possibilité d'accueil...Dans un paysage psychiatrique où toutes les institutions interviennent de façon temporaire, ça compte beaucoup. Ca installe un certain confort et diminue la tension autour de l'après. On peut se poser, se reposer, partir et revenir...**

**Voilà, un accueil qui n'a l'air de rien, mais qui nous travaille sans cesse, dans une dynamique permanente de réajustements .**

**Se présentent toujours à nous des situations imprévues, qui nécessitent de la réflexion. L'articulation avec les accompagnements individuels, avec les activités plus structurées du club thérapeutique doivent se penser et se repenser régulièrement.**

**Même si ce n'est pas facile, même si nous cherchons beaucoup pour arriver à quelque-chose qui est souvent un bricolage (compte-tenu**

**de nos moyens, de nos missions), la richesse d'un dispositif d'accueil à l'intérieur d'un ssm nous semble incontestable.**

**Anne-Catherine GIGOT**

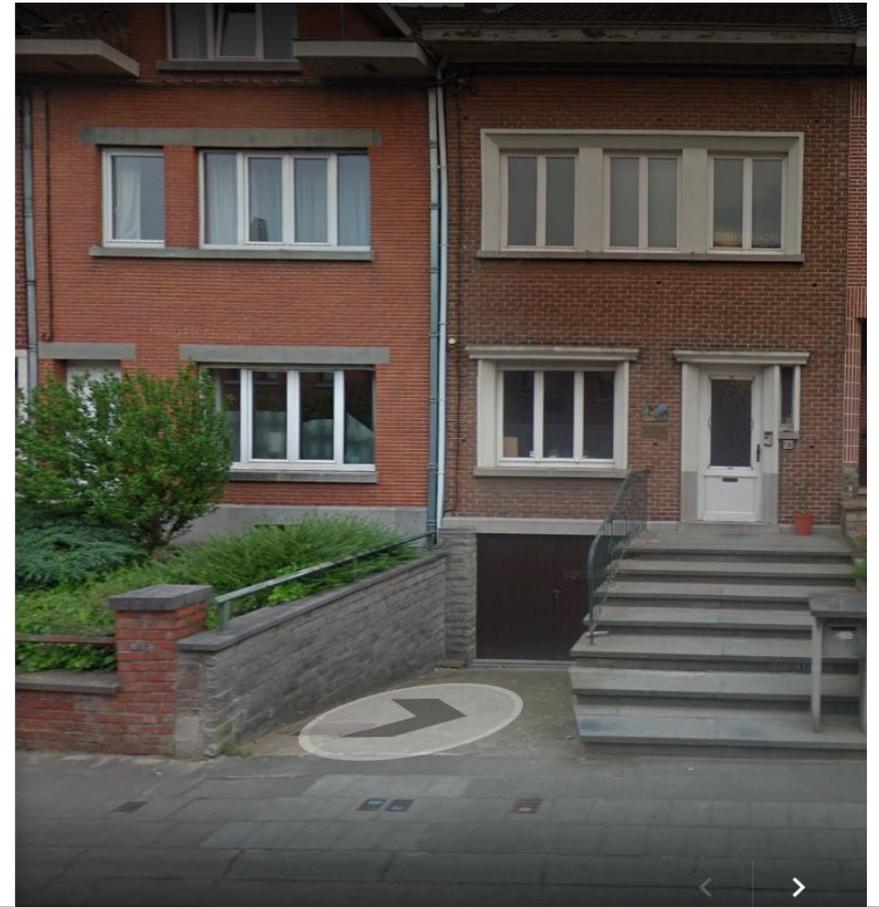


# Présentation des accueils spécifiques à Entre Mots

G.CAPASSO, D. GOOR ET B.CESSION

10 DÉCEMBRE 2019, NAMUR

# Service de santé mentale Entre Mots



# Présentation du service de santé mentale d'Entre Mots

- ▶ SSM généraliste
- ▶ Population adulte en majorité
- ▶ Attention particulière pour les personnes avec une fragilité psychique comme un trouble psychiatrique chronique modéré à sévère
- ▶ Ex: Alodgî , la Tchafouille, groupe du jeudi, Nos Oignons d'Entre Mots

# Alodgî

- ▶ Fondation privée
- ▶ Nouvelle offre de logement : traduction du mot alodgî
- ▶ Appartement individuel avec loyer adapté aux revenus
- ▶ Un salle communautaire parmi les appartements individuels

# La Tchafouille

- ▶ Café social
- ▶ Lieu de rencontre, de partage
- ▶ Public: tout venant
- ▶ [www.latchafouille.be](http://www.latchafouille.be)

# Groupe du jeudi



# Historique du groupe du jeudi

- ▶ Depuis 2011
- ▶ Dispositif plus adapté
- ▶ Un autre espace thérapeutique
- ▶ Spécificité du public du SSM Entre Mots
- ▶ Accueil à bas seuil
- ▶ Patients avec une médication différente
- ▶ Surveillance des 3h



# Fonctionnement du groupe du jeudi



- ▶ Accueil : café, choix du repas
- ▶ Atelier journal
- ▶ Faire les courses
- ▶ Préparer le repas
- ▶ Diner tous ensemble

# Atelier journal (1)

- ▶ Les liens
- ▶ Une place libre
- ▶ En pratique
- ▶ Le contenu



# Atelier journal (2)

- ▶ Le contenant
- ▶ Bon groupe VS mauvais groupe
- ▶ Être membre – se faire membre du groupe
- ▶ La solitude



# Atelier journal (3)

- ▶ Le travail à plusieurs
- ▶ La médication
- ▶ Un socle
- ▶ Quelques effets: vision subjective, garder pour soi, les évidences,
- ▶ Évolution



# Rôle des animateurs du groupe: infirmière et assistant social (1)

12



WARRIORS DU TERRAIN

- ▶ Observer les signes et symptômes d'un éventuel syndrome post injection.
- ▶ Vérifier l'efficacité du traitement : avant/après traitement
- ▶ Observer les éventuels effets secondaires
- ▶ Aider le patient à s'intégrer dans le groupe
- ▶ Être une personne ressource, de référence
- ▶ Accueil inconditionnel

# Rôle des animateurs du groupe: infirmière et assistant social (2)



WARRIORS DU TERRAIN

- ▶ Faire des liens entre l'observation du comportement du patient en consultation et en groupe
- ▶ Observer les interactions dans le groupe
- ▶ Faire le lien avec le psychiatre
- ▶ Éducation à la santé
- ▶ Collaboration pluridisciplinaire – soignants ad hoc
- ▶ Evaluer l'état psychique du patient

# Quelques chiffres

- ▶ 29 participants au groupe
- ▶ 10 participants par groupe
- ▶ Fréquence: toutes les 2 – 3 semaines
  
- ▶ 15 participants avec injection zypadhera
- ▶ 6 participants avec une autre injection
- ▶ 8 participants sans injection

# Témoignages

- ▶ « Passer son temps. C'est convivial. Je suis seule chez moi »
- ▶ « Je viens pour attendre les 3h. »
- ▶ « Est-ce qu'on a le choix? »
- ▶ « On parle de nos problèmes. »
- ▶ « J'aime quand il y a beaucoup de monde. »
- ▶ « On se connaît tous. C'est chouette. »



# Présentation de Nos Oignons d'Entre Mots



Nos Oignons  
*Entre Mots*



N o s  
O i g n o n s  
A S B L



Nos Oignons  
*Entre Mots*

### **SSM Entre-Mots – Ottignies**

Service de Santé Mentale (SSM) généraliste

SPAD / Equipes mobiles 107

Lien avec Initiative d'habitation protégée (IHP) « La Courtille »

***Porteur principal du projet – 1 ETP animation et administration***



### **Nos Oignons ASBL – Bruxelles & Brabant Wallon**

Partenariats avec institutions de soin en santé mentale et entreprises agricoles depuis 2012

Ateliers collectifs et individuels avec des *maraîchers*

***Co-auteur du projet – 0,20 ETP appui méthodologique et animation du réseau de partenaires***



Nos Oignons  
*Entre Mots*



Nos Oignons  
*Entre Mots*

# Ateliers collectifs



Nos Oignons  
*Entre Mots*

# Ateliers collectifs

- Témoignages
- Un temps chaque semaine dans un univers agricole
- Une gestion commune d'un potager
- Mais....c'est quoi ce légume?

•





Nos Oignons  
*Entre Mots*

- Contacts avec les structures de santé mentale et « envoyeurs »
- Liens avec la maison Entre Mots et ses travailleuses/eurs





# Témoignages



Nos Oignons  
*Entre Mots*

# Ateliers collectifs

- Un temps chaque semaine dans un univers agricole
- Une gestion commune d'un potager
- Mais....c'est quoi ce légume?





Nos Oignons  
*Entre Mots*

- Contacts avec les structures de santé mentale et « envoyeurs »
  
- Liens avec la maison Entre Mots et ses travailleuses/eurs





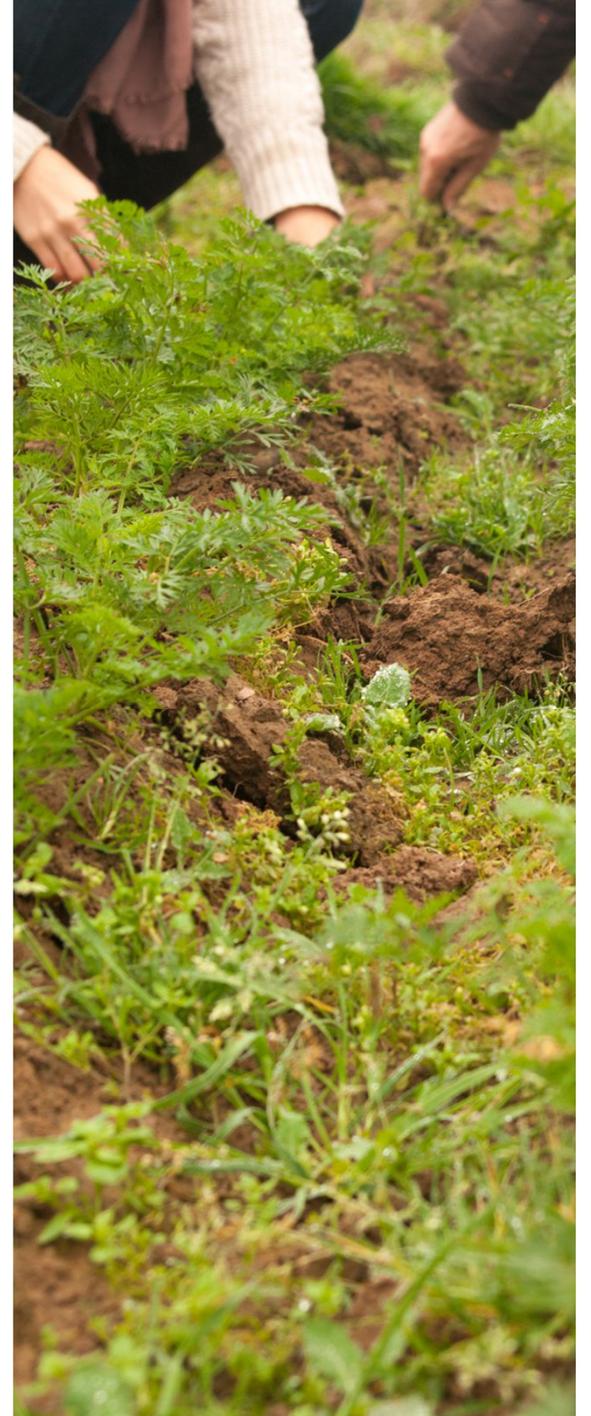
Nos Oignons  
*Entre Mots*

# Accueils individuels



# Accueils individuels

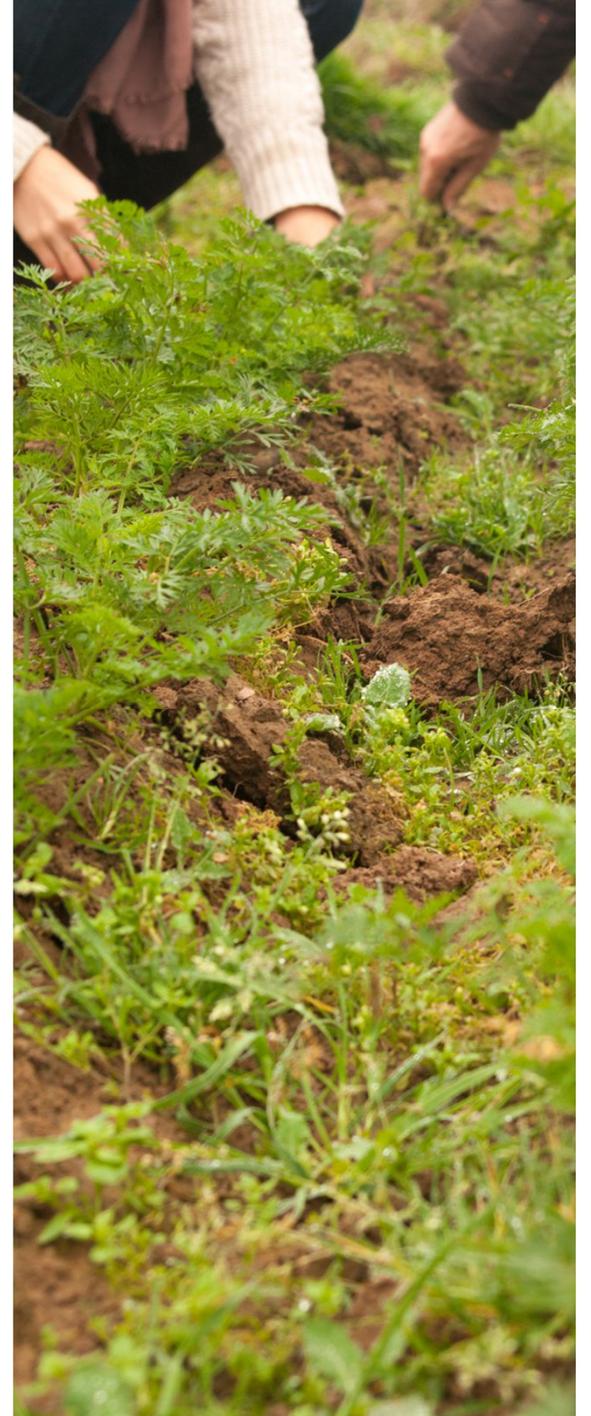
- Accueils dans des fermes et projets de maraîchage du centre et de l'est du Brabant wallon
  - Quelques mots-clés:  
activités, rythme, remise en route, mieux-être, (re)mise en liens.
  - Faire œuvre?





Nos Oignons  
*Entre Mots*

- Les mots que l'on n'utilise pas
  - Lien collectif et individuel
- .Contacts avec les structures de santé mentale et  
« envoyeurs »
- . Liens avec la maison Entre Mots et ses  
travailleuses/eurs





Nos Oignons  
*Entre Mots*

Plus d'informations:

[www.nosoignons.org](http://www.nosoignons.org)

et tout prochainement: [www.nosoignonsdentremots.be](http://www.nosoignonsdentremots.be)

Merci



## Présentation Gerseau

### Journée FéWaSSM 10/12/2019

#### Quel(s) accueil(s) en Service de Santé Mentale ?

Nous allons commencer par vous lire un texte écrit par des collègues lors de la Recherche-Action qui nous avait été demandée en 2008 par la Région wallonne.

Ce texte relate les premières observations et réflexions autour de l'accueil de la souffrance psychique du tout-petit qui ont constitué un point de départ dans la création du dispositif du Gerseau.

*Une après-midi d'hiver en 1984, à la maison qui abritait la consultation de l'ONE au centre de Braine-l'Alleud. Dans une des salles, deux accueillantes du Bab'Ile<sup>1</sup>, quelques enfants, quelques parents. La parole et le jeu circulent entre les uns et les autres. Tout d'un coup tout ce petit monde se trouve aux prises avec un enfant déchaîné. L'enfant n'a pas encore deux ans. Il ne parle pas. Il crie. Il arrache les objets des mains des autres enfants. Et il tourne autour de lui-même. Il tourne autour de nous tout en tournant autour de lui-même. Il tourne autour des objets tout en tournant autour de nous et autour de lui-même. Et pendant que l'enfant tourne, sa mère vocifère contre la dame de l'ONE qui lui a dit que c'était de sa faute si son enfant tournait comme ça, si son enfant criait comme ça, si son enfant était comme ça. Et la dame lui a dit qu'elle devait venir avec lui au Bab'Ile pour qu'il joue avec d'autres enfants. Mais il ne savait pas jouer, il était comme ça tout le temps et elle n'en pouvait plus. Et elle vociférait contre le père de l'enfant. Elle vociférait contre la grand-mère de l'enfant... Plus la mère vociférait et plus l'enfant tournait et criait.*

*Sidérées, nous nous sommes tues. Sidérés, les parents sont partis avec leurs petits. Alors, la mère a pris son enfant, lui a enfilé sa veste et sa cagoule et l'a tiré derrière elle vers la porte de sortie. Nous sommes restées là avec notre sidération.*

*Avec le temps, cette sidération a cédé la place à la perplexité. Et la perplexité, à son tour, a cédé la place à l'élaboration. Peu à peu celle-ci a fait son chemin et nous a amenées à la création d'un espace de consultation et de traitement pour accueillir le petit d'homme dont la*

---

<sup>1</sup> A l'époque, lieu d'accueil du petit enfant accompagné par ses parents inspiré de la Maison Verte à Paris (œuvre d'un collectif de cliniciens dont Françoise Dolto) et créé à l'initiative du Centre de Guidance de Braine l'Alleud.

*détresse psychique ne permet pas d'habiter le langage commun et d'intégrer la communauté des humains.*

*Le Gerseau est peut être la conséquence de notre rencontre avec l'Enfant qui tournait autour de lui-même.*

Plus largement, l'équipe « Enfants » du SSM de Braine l'Alleud a été sensibilisée à tout ce qui concerne la mise en place de la relation précoce parents-enfant et ainsi, depuis plus de 20 ans, nos cliniciens - pédopsychiatres, psychologues, psychomotricienne, logopèdes - ont constitué, à côté des consultations classiques du SSM, un groupe de travail spécifique à la tranche d'âge 0-6 ans. Actuellement notre intérêt clinique se porte de plus en plus spécifiquement sur les petits de 0-3 ans et ce en lien avec nos références et nos outils théoriques. Nous y reviendrons.

Par ailleurs, le Service de Santé Mentale propose depuis une vingtaine d'années, un accompagnement de la pratique (supervisions) aux professionnels de la petite enfance. Ces supervisions ont eu des effets de formation à la clinique du tout-petit, rendant les intervenants de première ligne capables de repérer de manière fine les signes de souffrance psychique du très jeune enfant.

Le Gerseau est, en effet, né de cette pratique qui articule travail en réseau, réflexion en équipe, supervision extérieure, où le partage des expériences, leur croisement, mise en perspective, relecture à plusieurs amènent un éclairage qui permet d'accueillir et de traiter la détresse psychique du tout-petit dans toute sa complexité.

Le Gerseau consiste en un dispositif spécifique dont les modalités d'intervention peuvent être flexibles, c'est-à-dire qu'elles sont pensées au cas par cas dans des situations souvent d'une grande complexité et où nous pouvons repérer également une forme de précarité.

La complexité est repérable à différents niveaux. Elle renvoie à la complexité des familles actuelles, à la grande variabilité de leur configuration et modes de fonctionnement. Il y a aujourd'hui de nombreuses façons de "faire famille". Elle est aussi liée à la complexité de l'être humain et de ce que sa vie comporte de multiples dimensions et/ou lieux dans lesquels il

est avec d'autres (la maison, la crèche, l'école, chez le pédiatre... pour l'enfant; la maison, le couple, le travail... pour l'adulte).

A ces complexités contextuelles, s'ajoute la difficulté des familles à porter la demande, à énoncer le "ça ne va pas!". Cette difficulté renvoie à ce que nous appelons la précarité symbolique. De même, s'ajoute la difficulté pour les professionnels qui encadrent l'enfant et sa famille à cerner et à énoncer ce qui fait question et à sortir de l'embarras dans lequel la situation les place.

La précarité symbolique quant à elle va au delà de l'incapacité à s'exprimer ou à dire. Elle n'est pas non plus à mettre en lien direct avec la précarité socio-économique, même si celle-ci peut lui être un terreau favorable. La précarité symbolique se manifeste de différentes façons; instabilité et insatisfaction du lien, manque de repères, impossibilité de se projeter dans l'avenir... Elle est imputable au malaise sociétal, au discours ambiant dans lequel baignent les familles comme, d'ailleurs, les intervenants, où l'être disparaît au profit de l'objet, où être se réduit à consommer, à paraître, où les mots comme les actes ont perdu leur sens, leur valeur symbolique.

D'où cette difficulté pour les parents et parfois pour les professionnels à énoncer ce qui ne va pas, au-delà du comportement qui gêne. Un enfant qui hurle, un enfant qui ne mange pas, un enfant qui ne joue pas...

Ce sont des comportements hors-normes pour lesquels les parents viennent consulter. Ils veulent que l'on "répare" l'enfant, c'est-à-dire que l'on fasse disparaître ce comportement hors-norme par rapport à ce qui est supposé être un "bon" développement de l'enfant. Or, notre expérience nous enseigne qu'un enfant qui hurle, qui est en colère, qui refuse de manger, communique parfois quelque chose de très important qui a un rapport avec la place qu'il occupe dans le psychisme de ses parents. L'enfant signale que "ça ne va pas" et ce malaise n'a pas toujours à voir avec la qualité du lien ou du soin procuré par ses parents.

Une des particularités du Gerseau est par ailleurs d'offrir une temporalité adaptée à chaque situation. Il est difficile d'en déterminer la durée au moment des premières rencontres. En effet, la durée du suivi est variable et n'est pas dictée selon un cadre standardisé. Nous portons généralement une grande attention au temps que nous consacrons à déplier la demande qui est rarement portée par l'entourage proche de l'enfant. Un temps nécessaire afin de préciser également les missions du Gerseau, en particulier celle d'indépendance par rapport

au contrôle social et judiciaire. Il y a des situations où le travail thérapeutique doit par ailleurs prendre appui sur l'autorité de tutelle judiciaire pour avoir lieu.

La rythmicité des rencontres dépendra de plusieurs facteurs. Nous tiendrons compte d'une part de la présence de manifestations symptomatiques repérables chez l'enfant, de la détresse psychique des adultes, de l'âge de l'enfant, du réel de chaque parent et d'autre part, des décisions prises en équipe qui permettront au tandem de faire une proposition thérapeutique adaptée à chaque situation.

Il existe des situations pour lesquelles l'intervention n'a été que d'une rencontre et d'autres qui justifient une prise en charge à long terme et parfois le passage à l'équipe enfant du SSM « Safrans ». La fin de l'accompagnement rend compte le plus souvent d'un moment résolutif pour l'enfant et sa famille.

### **Description du dispositif :**

#### **1. Le tandem :**

C'est à partir de notre expérience clinique que l'invention du tandem de cliniciens a vu le jour dans les années 90.

Le tandem favorise la pluralité : plutôt que de se l'approprier, les deux cliniciens font circuler la parole, entre eux, mais aussi entre eux et l'enfant, les autres enfants, ses parents, les professionnels... La parole crée le réseau autour de l'enfant.

Choisir d'être deux plutôt qu'un, c'est aussi une manière de se positionner par rapport aux autres, d'affirmer une place de non savoir et de recherche.

Une manière aussi de restituer le savoir du côté du sujet.

Dans un premier temps, le choix du tandem est déterminé lors d'une réunion en équipe à partir de l'analyse de la demande. Ce choix est guidé par la singularité de la demande et s'appuie sur les écoutes particulières liées aux fonctions des cliniciens.

Suite à la première consultation, le travail de prise de notes autour du dossier et la référence à l'équipe vont décider de l'orientation de l'accompagnement de l'enfant et de sa famille par le tandem, ainsi que de la collaboration avec le réseau de l'enfant et de sa famille.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que la diffraction du transfert ainsi que l'acte de se laisser décompléter par l'autre pendant la séance assurent et organisent la richesse du travail thérapeutique de cette pratique particulière qui peut permettre d'accueillir la parole et les événements de corps de l'enfant ainsi que la parole du parent.

L'invention du tandem qui est en général constitué de deux fonctions différentes (fonction pédopsychiatrique, psychologique et fonctions complémentaires : logopède et thérapeute du développement) et qui n'est peut-être pas en soi une spécificité propre au Gerseau, le devient dans la particularité de son fonctionnement : une articulation et une élaboration permanente avec l'équipe.

## 2. La référence à l'équipe

Notre équipe rencontre l'enfant et sa famille à travers le tandem tout au long de l'accompagnement et plus particulièrement lors des moments-clés que constituent

- la demande et la première rencontre avec l'enfant
- les moments de crise et les moments de résolution
- le temps de la conclusion qui peut prendre les formes suivantes :
  - a) un passage vers un autre type d'accompagnement
  - b) un retour à l'équipe d'une situation conclusive - par une parole pleine entre le tandem, l'enfant et sa famille
  - c) une réflexion en équipe autour des situations non abouties. Par l'analyse de ces situations nous tentons de dégager de nouvelles pistes de travail, particulièrement dans la question de l'accueil de la demande et de la mise en place de la première offre que nous faisons à l'enfant et à sa famille. Nous y reviendrons.

Réunion clinique, réunion institutionnelle, séminaire théorique et supervision extérieure constituent au sein du Service de Santé Mentale, pour l'équipe, les lieux d'élaboration de notre pratique actuelle.

## 3. L'offre de se déplacer

Nous faisons offre d'une possibilité de consultation et traitement à partir du lieu de vie de l'enfant.

Nous avons en effet constaté que pour une grande majorité des enfants que nous accompagnons, dès leur arrivée au monde, ceux-ci sont pris d'emblée dans une situation de grande précarité. Précarité surtout au niveau des ressources symboliques mises à leur disposition par leurs parents pour qu'ils puissent s'inventer un départ dans la vie. Aller les rencontrer sur leur lieu de vie peut être alors le signe d'un investissement particularisé. Ceci dans des situations où, du point de vue clinique, la seule réponse possible est celle d'accueillir le sujet à partir de la réalité sociale dans laquelle il se trouve.

Réalité psychique, réalité somatique, réalité familiale et réalité sociale ne peuvent pas être séparées. Cette assertion est particulièrement vraie dans la clinique avec le tout-petit où l'on ne peut pas séparer physiquement l'enfant qui souffre de ceux qui sont en place de s'occuper de lui.

Il est clair que le travail thérapeutique à partir du lieu de vie de l'enfant nous permet de travailler avec des parents qui ne viendraient pas consulter eux-mêmes et encore moins avec leurs enfants dans nos lieux au Service de Santé Mentale.

#### 4. Notre orientation théorico-clinique

Au Gerseau, nous travaillons au cas par cas et nous passons par le dire du patient, y compris lorsque celui-ci est un enfant et qu'il exprime son malaise par des manifestations symptomatiques ou par des événements de corps. L'enfant est d'emblée mis en place de sujet. Il y a toujours un dire sur l'enfant, énoncé par les parents et/ou par le réseau.

Avec l'expérience, nous avons pu repérer que nous pouvons distinguer trois formes d'appel, qui constituent une clinique différentielle de la demande de l'autre, parental ou social, de l'enfant :

- a) L'enfant « va mal », montre des signes de détresse et les parents sont inquiets
- b) L'enfant « va mal » et c'est le réseau qui intervient, qui s'inquiète
- c) Le réseau s'inquiète autour d'un malaise parental.

L'enfant peut exprimer son malaise ou sa souffrance de façon bruyante (protestation et/ou opposition active) ou plus silencieuse. Les signes de souffrance de la série silencieuse

peuvent parfois passer inaperçus ou même être pris pour des signes positifs de développement.

Ce que nous accueillons, c'est la détresse d'un tout-petit et/ou de son entourage.

Pendant nos interventions les parents parlent. L'enfant joue, pleure, dort, mange... parle et écoute. Les intervenants de première ligne disent leurs inquiétudes. Les cliniciens du Gerseau écoutent... mais, ils ne font pas qu'écouter. Ils détachent à l'intérieur de chacun de ces discours - des parents, de l'enfant, des intervenants de première ligne - quelques points. Cette opération de séparation qu'ils font à l'intérieur de ces discours - un par un - vient se joindre au fait que le savoir qui se produit - deuxième opération en jeu - est du côté de l'enfant qui a, dès sa naissance, une place de sujet en devenir.

Notre observation et notre intervention vont se situer au lieu où l'entourage de l'enfant vient dire que « ça ne va pas » pour lui. Nous avons alors à accueillir les mots de ses proches le concernant et, simultanément, à manifester à l'enfant notre souhait de l'accompagner en proposant à ses mêmes proches de parier ensemble sur ses possibilités afin qu'il puisse trouver une manière « autre » d'être en relation avec son entourage.

Au cours de ces dernières années, en nous centrant progressivement davantage sur la clinique du tout-petit (le bébé dès sa naissance et dans sa 1<sup>ère</sup> année de vie), nous avons affiné nos repères en ce qui concerne nos hypothèses diagnostiques et le repérage tant des signes de souffrance précoces que des signes précurseurs de risque de repli chez le bébé, un travail à la frontière du corps et de la psyché afin d'opérer une réversion des éléments qui pourraient conduire le bébé à s'engager vers une pente autistique.

C'est ainsi que le Gerseau a été sollicité pour faire partie de la section belgo-luxembourgeoise de la WAIMH (World Association for Infant Mental Health). Le groupe « Signes précurseurs à risque de retrait chez le bébé » s'est mis au travail depuis 2014 en réponse à l'absence de dispositif de repérage des signes précoces et spécifiques d'un risque d'évolution autistique chez le bébé.

Leurs objectifs visent à constituer des outils de repérage interactifs des signes précoces répondant aux deux temps diagnostiques de la pulsion, à mettre en place ces outils et à penser

des modalités de prise en charge dans un travail conjoint à la croisée de la psychanalyse et de la psychomotricité. Leur visée consiste à être dans une démarche préventive et non prédictive. Pour ce faire, le groupe constitué de pédopsychiatres, pédiatres, neuropédiatres, néonatalogues, médecins généralistes, psychologues, psychomotriciens et psychanalystes se réunit trimestriellement. Deux de nos collègues, le Dr Marion Seutin, pédopsychiatre, et Alexandra Straussberg, psychologue, y participent.

### **Accueil de la demande et accueil de la souffrance psychique du tout-petit et de sa famille**

L'initiative spécifique du Gerseau s'inscrit dans la pratique du SSM ; c'est ainsi que de manière très concrète, les locaux et le secrétariat sont communs.

Les demandes qui arrivent au SSM sont traitées par le secrétariat qui, dès le premier contact, qu'il soit téléphonique ou ait lieu sur place, transfère la demande à un clinicien du Gerseau. Nous constatons que le Gerseau est souvent nommé dans la demande, ce qui n'était pas le cas il y a 10 ans. Le très jeune âge de l'enfant ainsi que la complexité des situations rencontrées amènent souvent le professionnel de 1<sup>ère</sup> ligne à formuler une demande dans laquelle l'urgence et une grande inquiétude sont perceptibles. Les notions de temps et d'urgence pouvant être cruciales lorsqu'il s'agit de la clinique avec de très jeunes enfants, nous décidons en équipe d'une intervention qui peut également être très rapide auprès d'un bébé et de sa famille.

Pour des enfants un peu plus âgés, l'échéance d'une entrée nécessaire en crèche ou de l'entrée à l'école peut constituer un point d'urgence pour le professionnel qui fait appel à notre Service. Si au moment de l'appel, aucun clinicien n'est disponible, le secrétariat prend les coordonnées du demandeur et un clinicien reprend rapidement contact avec celui-ci. Lors de ce 1<sup>er</sup> contact, nous prenons le temps nécessaire pour que se déplie la demande et pour analyser la situation avec l'intervenant du réseau. Dans les situations de crise, l'expérience nous a appris que, bien souvent, grâce au travail d'accompagnement et d'analyse de la demande réalisé par le Gerseau avec les intervenants de première ligne, ceux-ci opèrent alors conjointement un premier traitement de l'urgence subjective et de la complexité des situations.

Aucune demande ne fait l'objet d'une réorientation immédiate.

Toute demande est présentée à la réunion d'équipe hebdomadaire où nous élaborons une première proposition de réponse.

Etant donné que l'équipe est le plus souvent interpellée par l'« Autre social » et que les parents ne portent bien souvent pas une demande explicite, l'expérience nous a appris qu'il est primordial d'effectuer un travail autour de la demande avec le professionnel qui fait appel. Quelle place pourrait prendre le Gerseau auprès de l'enfant, comment introduire l'équipe auprès des parents, comment leur présenter notre travail ? Autant de questions à travailler en amont de la première rencontre avec l'enfant et sa famille afin de favoriser la mise en place de la relation transférentielle avec ceux-ci.

Le travail avec l'entourage de l'enfant et avec le réseau fait partie intégrante et constitutive du dispositif de l'initiative spécifique du Gerseau, tant au moment de la demande qui émane souvent des travailleurs du secteur qu'au cours du travail d'accompagnement où le réseau se constitue autour du jeune enfant, de sa famille et de son entourage. Ceci nous permet d'articuler et de différencier le dispositif d'accompagnement individuel de l'enfant avec sa famille (mission généraliste du Service de Santé Mentale) et le dispositif de l'initiative spécifique du Gerseau, dans une perspective multidisciplinaire et plurifonctionnelle à partir de la pratique du réseau autour du petit patient.

La première rencontre avec le tout-petit et son entourage sera organisée au cas par cas, soit sur le lieu de vie de l'enfant, soit sur le lieu du professionnel qui a fait appel au Gerseau, soit en nos locaux. Nous réfléchissons avec le professionnel qui porte la demande à la nécessité de la présence de tel ou tel professionnel du réseau de l'enfant et de sa famille

**Pour illustrer l'accueil d'une demande dans sa singularité :**

Premier paragraphe de l'article publié dans le dernier Carnet de notes de l'ONE sur les maltraitances infantiles (octobre 2019 – Nicolas Allègre et Claire Vander Vorst)

## Une adresse ?

*Marvin a 4 ans et demi lorsque nous le rencontrons pour la première fois. C'est une neuropédiatre d'un hôpital avec lequel nous collaborons qui adresse cette demande au Service de Santé Mentale dans l'Initiative spécifique du Gerseau<sup>2</sup> où nous travaillons avec les jeunes enfants. Ce médecin, qui a reçu la famille en consultation suite à des inquiétudes émanant du PMS, n'a pas réussi à examiner l'enfant. En effet, Marvin ne se laisse pas approcher et refuse d'être ausculté ou même déshabillé. Si le bilan ORL ne révèle rien de particulier sur son état, il s'avère que Marvin ne parle quasiment pas. Seuls quelques phonèmes isolés - correspondant à la dernière syllabe du mot lancé par Marvin - se font entendre. Du côté du comportement, de fortes et nombreuses colères ainsi que des coups sur ses proches sont évoqués. Le médecin nous précise que les parents y répondent de cette manière : "S'il frappe, on frappe ». Après analyse de la demande en équipe, nous organisons une première rencontre, en présence de la famille et de la neuropédiatre. Dans la salle d'attente, Marvin est accompagné de sa mère et de sa sœur âgée de 6 ans. Cette enfant refusera d'attendre seule et son refus est soutenu par sa mère : "Ça va être très difficile", lance-t-elle au psychologue. Celui-ci lui demande alors : "Mais, difficile pour qui ?" Ce à quoi la mère répond : "Pour elle... mais pour moi aussi". Le fait que cette mère puisse reprendre à son compte cette difficile séparation et que le psychologue y ait prêté une oreille a-t-il noué le premier mouvement transférentiel dans cette situation? En tout cas, c'est avec une certaine confiance que cette mère viendra exposer ses difficultés avec son fils et les troubles qu'il présente, appuyée par la neuropédiatre, ce qui permet d'asseoir à la fois sous un angle médical et psychique les inquiétudes relatives à Marvin. De son côté, Marvin s'oppose et lance des "non" à la moindre invitation ou interpellation de la part du psychologue. Toute tentative d'approche directe semble provoquer un refus et le psychologue choisit alors de s'adresser à son "premier autre"<sup>3</sup> en faisant l'hypothèse qu'une triangulation autorisera l'accès à l'enfant. En effet, celui-ci brandit bientôt son pouce blessé, auquel le psychologue vient d'accorder une attention toute particulière. Marvin glisse maintenant des genoux de sa mère et finalement s'approche du bureau où des marqueurs et du papier sont*

---

<sup>2</sup>Le Gerseau est un dispositif composé d'une équipe mobile pluridisciplinaire. Il propose une offre d'accompagnement spécifique aux très jeunes enfants et à leur famille. Nos interventions parient avant tout sur l'enfant à partir de son lieu de vie. Elles tentent de traiter la souffrance et les pathologies psychiques en entendant d'une part la parole du/des parent(s) et d'autre part ce que l'enfant nous dit à travers les manifestations symptomatiques et les événements de corps qu'il nous laisse voir. Le travail se fait en concertation avec le réseau constitué autour de l'enfant.

<sup>3</sup>Référent affectif de l'enfant – père, mère ou professionnel – qui prendra soin du bébé. Il ne se réfère pas seulement à lui-même (mais au moins à un deuxième autre) et il est traversé par les exigences qui incombent à la fonction parentale. (d'après Couvert, 2011)

déposés. Ces mouvements au niveau du corps et du regard nous indiquent dès cette première séance que l'enfant possède une certaine appétence symbolique<sup>4</sup> et qu'il est sensible au fait que les choses se parlent autour de lui. Nous aurons l'occasion de vérifier ces constatations dès la séance suivante : Marvin est lové dans les bras de son père que nous avons aussi convié à l'entretien. Monsieur et Madame nous narrent à nouveau les difficultés qu'ils rencontrent avec Marvin au quotidien. Marvin ne nous regarde pas. Il a enfoui sa tête dans le giron de son père, qui nous dit sa souffrance à entendre son fils pleurer : « J'ai mal quand il pleure ». Marvin, quant à lui, ne répond à aucune de nos interpellations. L'un de nous souligne quand même qu'il est peut-être difficile de répondre lorsqu'on a une "tutte" en bouche... Monsieur regarde son fils et lui retire la tétine, en souriant, mais sans mot dire. Marvin fouille la main de son père et enfourne prestement l'objet qui lui a été retiré. Puis, à son tour et sans mot dire, Marvin enlève et remet la tétine dans sa bouche en nous regardant brièvement. Nous nous emparons de ce mouvement initié par l'enfant. Nous tournant l'un vers l'autre, nous nous exclamons ou nous rassurons mutuellement : « Elle n'est plus là? Tu sais où elle est toi la tutte ? Ahh ! la revoilà! Ah non, elle est encore partie... Elle est revenue!! ». Le sourire et les relances de Marvin dans ces nombreux va-et-vient laissent supposer que le jeu a pris et qu'un lieu d'adresse a minima s'est constitué dans ce moment inaugural. Ce qui l'anime, c'est le jeu du Fort-Da<sup>5</sup>. Nous en avons la confirmation dès la troisième séance : pendant que sa mère nous raconte la séparation du couple conjugal, survenue depuis la rencontre précédente, Marvin n'a eu de cesse de se tourner vers elle en lançant sur un ton affirmé : "Pa-pa! Ma-man!" ou alors "papamaman". Sa mère ne peut interpréter autrement les paroles de son fils : un souhait que ses parents restent ensemble. Elle tente en vain une explication: "Mais non Marvin, tu sais bien, Maman n'aime plus papa". Lorsque la psychologue relève que Marvin ne dit pas toujours de la même manière ce "papa maman", et qu'elle souligne que ce n'est pas la même chose de dire « papa maman" ou « papamaman », l'enfant quitte les genoux de sa mère pour se tourner vers le matériel de dessin. Il est maintenant attablé avec le psychologue qui soudain remarque une brèche dans le trait en forme d'ellipse que Marvin vient de tracer. "Une porte?" Marvin lève un œil étonné

---

<sup>4</sup>L'appétence symbolique est le constat de l'existence chez le bébé bien portant, dès la naissance, d'un désir de relation à l'autre en dehors de toute satisfaction des besoins de la survie (Crespin, 2016)

<sup>5</sup>Les psychanalystes ont appelé "Fort-Da" un moment de jeu constitutif de l'histoire du sujet en substantivant des manifestations langagières centrales dans une observation de Freud (*Au-delà du principe de plaisir*, 1920). Le jeu et les mouvements de va-et-vient (présence/absence) offrent une compensation, un dédommagement aux besoins primaires que l'enfant doit abandonner quand sa mère est absente. Freud rejette clairement une pulsion d'imitation des adultes, pour en faire une identification, non une imitation. (d'après Chemama et Vandermerch, 1998 & Delplanche, 2000).

*vers son interlocuteur. Une porte ouverte? S'engage alors une série d'hypothèses sur ce que nous pourrions faire de cette ouverture. Marvin se saisit d'un marqueur et vivement s'empresse de venir clore le cercle. "Une porte fermée? Est-ce qu'elle s'ouvre?" Sur la feuille, nous faisons ensemble des gestes d'ouverture et de fermeture, au grand plaisir de l'enfant... mais aussi de sa mère qui, bien qu'étonnée, se met à rire, amusée par l'équivoque. L'introduction du semblant sera-t-elle la porte ouverte à la demande que la maman de Marvin nous adresse en fin d'entretien? Elle souhaite que nous puissions continuer à assurer les séances à son domicile plutôt qu'au Service de Santé Mentale, au vu de ses difficultés de transport. Les séances au domicile maternel ont donc commencé à s'instaurer, à un rythme hebdomadaire.*

Cet accueil particularisé de la demande a permis, dès la première rencontre la constitution d'un lieu d'adresse pour Marvin et la mise en place d'un lien de transfert suffisant avec la mère puis avec le père de l'enfant pour que le travail du Gerseau puisse se déployer.

La première rencontre avec un jeune enfant et sa famille est donc toujours pensée et articulée en fonction d'une situation particulière. Ce premier temps d'accueil est cependant actuellement sujet à certains questionnements dans notre équipe à partir du constat que nous faisons que certaines demandes n'aboutissent pas à une 1<sup>ère</sup> ou à une 2<sup>ème</sup> rencontre, ou que dans certaines situations, le travail s'interrompt de manière abrupte, et parfois sans mot.

*Pour illustrer notre propos, nous avons reçu cet été une demande émanant de l'assistante sociale d'une crèche avec laquelle nous avons établi de longue date une très bonne collaboration. La demande et l'inquiétude portaient sur deux jeunes enfants dans une situation familiale où il y avait eu beaucoup de violences conjugales déjà pendant la grossesse de Madame, puis dans les 1<sup>ers</sup> mois de vie des enfants. Madame avait quitté Monsieur qui avait ensuite été interdit de contacts avec elle et avec les enfants. L'inquiétude du personnel de la crèche portait d'une part sur la fragilité de la maman qui restait très marquée par ce qu'elle avait vécu et d'autre part sur les enfants à propos desquels il nous a été dit : « Il n'y a pas eu de maltraitance directe sur eux mais ils manquent de cadre, ils sont dispersés, ils n'ont jamais respecté les limites, même des consignes simples. Ils manquent de sécurité affective ». La maman est peu accessible et les intervenants s'inquiètent de ce qu'elle ait pu récemment disparaître pendant une semaine après avoir confié ses enfants à sa propre mère.*

*Nous aurons une 1<sup>ère</sup> conversation téléphonique avec l'assistante sociale de la crèche, où nous décidons dans un 1<sup>er</sup> temps d'une rencontre avec la maman sur le lieu de la crèche, puis une 2<sup>ème</sup> conversation téléphonique où nous acceptons, à la demande de la maman (par l'intermédiaire de l'assistante sociale) de la rencontrer seule à son domicile, la maman étant d'ailleurs décrite comme assez méfiante envers les professionnels.*

*Lors de cette rencontre, la maman nous a paru être rapidement en confiance, s'exprimant sans difficultés apparentes sur l'histoire de son couple ainsi qu'à propos de ses craintes pour ses enfants et de ses propres difficultés à élever seule deux jeunes enfants. Madame a pu également nous faire part de ses idées en matière d'éducation et de ce qu'elle avait récemment pu mettre en place en ce qui concernait le coucher et les repas, témoignant des effets positifs de ces petits changements sur ses enfants et sur l'ambiance à la maison. Nous avons alors proposé à Madame de nous revoir. Elle a marqué son accord et nous lui avons fait offre des différentes modalités que permet notre dispositif : concernant le lieu d'une part, une prochaine rencontre à son domicile ou au SSM ; concernant la présence des enfants d'autre part. Madame a souhaité venir nous rencontrer au SSM sans ses enfants, n'excluant cependant pas que nous puissions les rencontrer ultérieurement. Nous ne l'avons pas revue.*

*Nous avons appris ultérieurement et au détour d'une conversation avec les intervenantes de la crèche que les enfants fréquentaient toujours ce lieu d'accueil et qu'ils allaient bien, l'assistante sociale nous disant qu'elle ne savait pas si la maman nous rencontrait encore mais que de leur côté, ils n'avaient plus d'inquiétude pour les enfants.*

Cette situation illustre nos questionnements actuels autour de ce qui pourrait peut-être constituer les limites du cas par cas ou à tout le moins autour de ce qui concerne la mise en place des conditions nécessaires et incontournables pour un travail possible avec un enfant et une famille prise dans la complexité et la précarité et qui a priori ne formule pas de demande d'aide.

Parmi nos questions, relevons également celles qui concernent le secret professionnel partagé. L'accueil de toute nouvelle demande au Gerseau se réalise bien sûr dans le respect de la confidentialité. Nous accueillons dans un premier temps, le discours du professionnel de première ligne et ensuite celui du ou des parents parfois dans des temps séparés. Nous devenons donc porteurs des dires de chacun. Il est parfois délicat de repérer quelles sont les informations à transmettre parmi celles qui nous ont été confiées par un parent sur sa propre

histoire et sur celle de son enfant. Notre travail consiste à accompagner les parents en les aidant à communiquer eux-mêmes les informations nécessaires.

*Nous pensons ici à une situation que nous suivons déjà depuis longtemps, d'une maman très isolée, à l'époque, enceinte de 3 mois qui nous avait été envoyée par une Maison d'Accueil afin de préparer la venue de cet enfant dans le contexte d'une mise en autonomie de Madame en appartement. Durant les nombreuses premières rencontres avec Madame, celle-ci nous confie avoir déjà perdu un premier enfant alors âgé d'un mois alors qu'elle vivait encore dans son pays d'origine.*

*A l'approche de l'accouchement, nous avons accompagné Madame pour une première rencontre avec 2 intervenantes d'une crèche où son enfant serait accueilli. Le tandem ne s'était alors pas autorisé à parler de ce premier enfant décédé et Madame n'en a pas parlé. Lors de contacts informels entre la crèche et un gynécologue, l'information leur a été transmise. Les intervenantes nous ont fait part du fait qu'elles s'étaient senties dépossédées de certaines informations qui auraient, aux dires de la crèche, permis de mieux cerner la situation de l'enfant.*

Pour conclure, nous pouvons dire que sans cesse la clinique du tout petit nous pousse à nous interroger.

Dans ces temps précieux des premières rencontres, comment arriver à nouer un lien transférentiel durable malgré les temps d'absence entre ces rencontres ?

Quels sont les limites du cas par cas ? Quels sont les incontournables dans la mise en place de notre cadre de travail ?

Comment arriver à créer un petit trou, un espace, une juste distance là où l'enfant est encore pris tardivement dans la jouissance de son premier autre afin de l'introduire dans le monde du langage humanisé ?

Comment ne pas céder au dictat de la transparence à tout prix ?

Merci pour votre attention !

## Quel(s) accueil(s) en Service de Santé Mentale ?

### Conclusion de la journée...

#### ...Ouverture sur le futur

Un large éventail de DIVERSITES, tant diachroniques que synchroniques, ont été évoquées aujourd'hui, aussi bien au niveau des offres de services et types de structures des SSM que des modèles et référents théoriques développés par chacun d'eux, ce qui constitue la richesse de notre secteur.

Cette diversité porte aussi sur les postures d'une part de « malade » / « handicapé » / « doté d'un talent spécifique » / « expert de son vécu »... et d'autre part, de « soignant » / « aidant » / « accompagnant »...

De même se confrontent différents choix de société : discriminante, disjonctive, excluante, versus conjonctive, incluante, « *Accueillante* » pour tous.

Cependant, beaucoup de CONVERGENCES ont été mises en lumière à travers les exposés, les réflexions, les questionnements,... que nous avons partagés ENTRE NOUS, ici, aujourd'hui...

Dès lors LA QUESTION qui se pose est « Quelle(s) politique(s) développer à partir de ces constats ? », mais aussi « Comment les équipes des SSM pourraient-elles être – ou pas – instrumentalisées pour nourrir un modèle plutôt qu'un autre ? ».

Si on se réfère à la phrase évoquée « Un savoir égale un pouvoir », nous constatons qu'une multitude de savoirs concernent la question qui nous a réunis aujourd'hui : celui des usagers, celui des professionnels des SSM et du secteur de la Santé Mentale, celui de nombreuses disciplines humaines et scientifiques, celui de nos politiques, celui de nos subsidants. Face à cette multitude de savoirs et de pouvoirs, l'enjeu est de savoir à quel moulin veut-on/va-t-on mettre de l'eau ?

Pour ce qui est de la FéWaSSM, nombreux sont les lieux de débats (chauds parfois), d'échanges et de créativité. Dès lors, nous sommes prêts à discuter avec les autres détenteurs de savoirs/pouvoirs, notamment, d'un texte d'avant-projet de Décret voté à l'unanimité lors de notre dernière Assemblée Générale... afin d'apporter notre pierre à l'évolution de la société/du secteur de la Santé Mentale, aussi inclusifs pour tous que possible.