

Conditions d'émergence et transport des idées dans le champ de la clinique psychosociale

Béatrice Deries,
Sociologue,
École Rockefeller, Lyon

Alors qu'est posée collectivement la question de la transmission d'une « clinique psychosociale », nous pourrions remonter dans le temps, en amont de sa formalisation et de la circulation dans l'espace public de cette nouvelle appellation composée. Le détour par un domaine de recherche et d'action publique proche, dénommé ville et santé, dans la filiation duquel se reconnaissent certains acteurs de la clinique psychosociale, introduira quelques hypothèses sur les conditions permettant la continuation des engagements au-delà des « pionniers ».

Ville et santé est ce nouveau couple sémantique dont l'expansion, au début des années 1990, met au jour une nouvelle préoccupation interdisciplinaire - l'urbanité en tant qu'elle est au cœur des questions socio-sanitaires.

En même temps il performe, dans les quartiers urbains en difficulté, depuis la sphère du social, un ensemble d'activités autour de la santé (de la réduction des risques liés aux usages de drogues aux interventions sur l'habitat...) auquel il serait vain de chercher à donner une bonne fois pour toutes un contour institutionnel ou professionnel. Croisement singulier de circonstances biographiques, politiques et historiques rompant avec le processus de longue durée des institutions, nous allons voir que les « conditions de possibilité » de ce tournant innovant des politiques publiques portent en elles la question de la pérennisation des expériences.

En reconstituant les trajectoires de quelques auteurs associés à sa publicisation (Lazarus, Joubert, Bertolotto, Schoene, Arène, ...)¹, nous voilà ramenés au local, au commencement du DSQ², sur un site urbain qui n'est pas n'importe lequel, le quartier du Franc-Moisin à Saint-Denis. S'il compte parmi les « hauts

lieux » de cette expérience publique, c'est par ses liens avec d'autres « hauts-lieux », comme avec l'administration centrale et les institutions de la recherche, par leur intermédiation. La composante biographique des re-problématisations y est ainsi mise en relief comme leur première condition de possibilité. Ces pionniers œuvrent en interne des institutions où ils font carrière, en y occupant des positions marginales mais reconnues par leurs pairs pour leur relation avec certains milieux ; ou ils agissent entre les institutions à partir de professionalités hybrides, construites sur des parcours sinueux, leurs trames biographiques sollicitées par l'action collective ouvrent les mondes l'un à l'autre, là précisément où les institutions sectorielles avaient instauré des cloisonnements.

« Celui que l'on appelle inventeur, c'est quelqu'un qui dit le premier d'une manière compréhensible ce que tout le monde est déjà capable d'entendre, sinon on ne le comprendrait pas et on ne l'appellerait pas inventeur », écrira en parlant de lui l'un des préfigurateurs des actions *ville santé*, co-auteur d'un rapport interministériel ayant tiré en partie sa substance du travail réalisé sur le quartier évoqué précédemment³. Ainsi, les engagements biographiques doivent être replacés dans le contexte historique qui les porte, celui-ci constituant une deuxième condition de possibilité. Le retour de la santé dans les approches de la question sociale urbaine émerge très précisément de ce qui ne fait plus permanence dans les rapports entre l'urbain, le social et la santé.

Une nouvelle conjoncture épidémiologique et sociale s'est ouverte dans la décennie 1980 qui met en crise les référentiels et la capacité des institutions à faire face. Les expérimentations locales s'engagent sur fond de transformation générale du paysage sanitaire et social.

Le « quartier laboratoire » mis sur pied par un collectif de chercheurs et de professionnels sociaux et médico-sociaux, au Franc-Moisin comme alors dans bien d'autres villes, est incontestablement la troisième condition de possibilité de l'émergence d'un problème public aux confins de l'urbain, du social et de la santé⁴.



« J'avais le gros avantage d'offrir aux chercheurs un terrain d'expérience. J'étais intéressant pour eux, et eux-mêmes l'étaient pour moi. »

En faisant remonter l'interpellation reçue de sa direction de l'urbanisme jusqu'aux laboratoires et universités de Seine-Saint-Denis, ce médecin-directeur de la santé va se frotter à une nouvelle culture de santé publique.

La genèse de cette expérience montre que les trajectoires personnelles n'agissent pas en elles-mêmes mais dans leurs interdépendances au sein de dispositifs réflexifs. Sociologues venus de l'extérieur et cliniciens installés à l'intérieur expérimentent et conceptualisent ensemble de nouvelles façons de faire tant en sociologie qu'en médecine sociale ou dans le soin psychique.

Par ses ramifications extra-locales, le dispositif assure le transport des idées⁵ vers des lieux où se construisent les référents des politiques publiques, telle la Coordination Nationale des Réseaux ou les séminaires nationaux *ville et santé*

1. Deries B., *La santé communautaire dans la politique de la ville. Genèse et récits d'expérience*, Thèse de doctorat de sociologie, Université Lumière Lyon II, 2008, 474 p.

2. Politique de Développement Social des Quartiers, initiée à partir de 1983.

3. Antoine Lazarus, « Une souffrance que l'on ne peut plus cacher », *Réflexions sur la genèse d'un rapport et son impact, deux ans après*, in *Actes du colloque Souffrance psychique, contexte social, exclusion*, ORSPERE (Bron) 1997.

4. Bertolotto F., Bouhnik P., Joubert M., *Quartier, Démocratie et Santé*, Paris, l'Harmattan, 1993.

5. Callon M., « Ni intellectuel engagé, ni intellectuel dégage : la double stratégie de l'attachement et du détachement », *Sociologie du travail*, 1999, n°41, p. 73.

Modernité de la transmission aux internes en psychiatrie (suite de la page 18)

sur le soin psychiatrique et ses institutions.

Ce nouvel interne serait voué à devenir le défenseur d'une psychiatrie moderne, plurielle, éclectique et éclairée, le risque principal étant de se muer en un praticien du syncrétisme embrouillé et du consensus mou, un médecin oubliant sa spécificité au prix d'outils thérapeutiques épars et libéralisés dans lesquels il ne trouverait aucune identité, débat que nous ne trancherons pas ici.

Toujours est-il qu'il ne sera jamais désaffilié ni désenclavé d'un

contexte paradigmatique précis qu'il lui faudra appréhender et analyser afin de trouver sa juste place au sein de cet « au-delà » qu'est l'histoire de la psychiatrie et de ses (re)pères, afin qu'il puisse réinterroger ce statut « d'interne en santé mentale », en faire une assimilation cohérente et réfléchie.

Sans doute est-ce dans la création d'un lien transgénérationnel plus appuyé et de la prise en compte d'une histoire complexe que réside la solution à ce sentiment de précarisation de la transmission, afin d'éviter l'écueil

de la déréliction professionnelle en permettant l'émergence d'un sentiment d'appartenance et de filiation ainsi que la réappropriation d'un héritage. A ce titre, la proposition faite par certains internes d'une supervision par un ou plusieurs psychiatres seniors, bien identifiés et offrant un lien de proximité tout au long de l'internat, laissant la possibilité à d'autres rencontres professionnelles et à une pluralité des approches, pourrait s'avérer une piste à envisager avec sérieux. ■

Conditions d'émergence et transport des idées dans le champ de la clinique psychosociale (suite de la page 6)

organisés par certains praticiens du quartier dans les instances interministérielles où ils ont acquis une responsabilité. Support des carrières personnelles, le quartier Laboratoire est aussi l'armature réflexive d'une expérience fondamentalement interstitielle. Les réappropriations hétérogènes des catégories innovantes, aux différentes étapes de la construction d'un volet santé au sein de la politique de la ville française, mettent en évidence les aléas de leur transmission.

En particulier quand les montages techniques ont perdu en route l'épaisseur anthropologique de la santé, celle qu'avait dévoilée toute une génération de recherches-action et qui avait conféré à son « retour » sur la scène locale urbaine sa portée sociopolitique. Ce qui s'est forgé dans les interstices de l'action publique semble ne pouvoir se consolider que dans un cadre fidèle aux conditions de possibilité de son émergence. Soit des dispositifs pluralistes qui, *tout contre* les institutions

mais en rupture avec leur verticalité et leur unité disciplinaire⁶, permettent le désenclavement des expériences biographiques, se nourrissent de l'agir dans plusieurs mondes, et reconnaissent l'équivalence des savoirs issus de ces différents mondes. Être à un carrefour, c'est ainsi que peut s'envisager la continuité des engagements car ce qui se transmet n'est pas que vision du monde, mais manière de l'informer et de la construire. ■

6. Ion J., Ravon B., « Institutions et dispositifs », Ion J. (dir.), *Le travail social en débat(s)*, Paris, La Découverte, 2005, pp. 71-85.

