

### Témoignage personnel sur un parcours professionnel

Il s'agit en l'occurrence d'un parcours menant de la médecine à la pédopsychiatrie, puis à la prospection, à l'accompagnement et à l'évaluation des politiques publiques dans le champ de l'enfance et des familles, puis à la promotion du DSL et, depuis quelques mois, à la recherche des conditions de sa mise en œuvre au sein d'une collectivité locale.

#### *Formation initiale (années 70)*

- Premier aphorisme marquant sur la maladie : "*La maladie est un état dont on meurt ou dont on guérit spontanément.*"
- Intérêt précoce pour la psychologie du développement de l'enfant (et donc du sujet) au sein de son environnement familial ; peu était cependant dit et transmis par le discours universitaire sur son environnement social.
- L'enseignement de la parasitologie, effectué selon une logique inhabituelle au regard des autres disciplines médicales : connaître et comprendre l'environnement naturel et humain de l'épidémie (notamment dans les pays en développement), puis le contexte de la transmission de la maladie, puis celui de l'apparition des signes de celle-ci, puis les stratégies collectives de prévention, puis les stratégies individuelles de prévention, puis celles du traitement individuel de la maladie.
- L'expérience, pendant quatre ans, d'infirmier de nuit, notamment dans les services d'urgences des hôpitaux d'Aulnay-sous-Bois et de Montreuil (Seine-Saint-Denis) : le caractère sidérant de la souffrance, la tendance à l'objectivation du corps et de la personne en situation d'urgence et/ou de précarité, la violence liée aux réponses apportées aux urgences sociales selon les modalités de l'urgence médicale.
- L'externat de chirurgie, de médecine, de pédiatrie et l'internat de médecine : l'importance de parler avec les mots de la personne, de partir de ses représentations culturelles de la santé, du corps et de la maladie si l'on veut s'appuyer sur le potentiel mobilisateur de ses appels de détresse (à distinguer des signes de désespoir).
- L'externat et l'internat de psychiatrie (Seine-Saint-Denis, Aisne) : l'expérience pratique et l'analyse de l'intérêt et des limites de l'antipsychiatrie et de la psychiatrie de secteur ; la découverte de l'importance de l'environnement socio-économique, du contexte urbain ou rural, de la dynamique (positive ou négative) du territoire et des solidarités locales ; les enjeux et les difficultés du partenariat local pour faire face à un problème et pour le dépasser en l'ouvrant sur la reconnaissance et la résolution de nouveaux problèmes.
- Le choix de la pédopsychiatrie pour capitaliser l'ensemble de ces expériences de formation, mais aussi pour prendre de la distance par rapport à la violence inhérente au dispositif asilaire.
- De la psychanalyse à la redécouverte éclairée de l'engagement politique et associatif.

---

\* *Pédopsychiatre, médecin de santé publique.* Coordinateur du Réseau d'informations sur le développement social à l'ODAS. (Observatoire national de l'action sociale décentralisée)

### *Expérience professionnelle (années 80)*

- De l'hôpital aux structures ambulatoires (donc non résidentielles) : la volonté de tester en milieu ouvert, et sur la base territoriale du secteur, les concepts de la psychothérapie institutionnelle.
- Le choix personnel de résider sur le secteur, pour être concerné par le territoire en tant que professionnel et que citoyen.
- Les premières expériences d'action sanitaire et sociale de type communautaire et de coopération directe avec des habitants en situation difficile, soucieux de faire reconnaître à la fois la réalité et la nature de leurs souffrances et leurs exigences de dignité : la cité René Fonck, les réunions d'HLM, le Club de la rue de la Solidarité.
- Les premiers temps de la mise en œuvre de la décentralisation et le remaniement des conditions du partenariat : de l'espoir au scepticisme, de la prise de distance induite entre les partenaires professionnels locaux par les décideurs administratifs et politiques à la nécessité de redéfinir les bases éthiques de leur coopération dans l'intérêt des enfants et des familles.
- La création d'un service d'accueil familial thérapeutique et l'expérience de la mobilisation et de la structuration du potentiel soignant, éducatif et thérapeutique "spontané" des habitants pour les enfants et les familles de leur propre quartier, et au delà des dynamiques d'entraide dont les uns et les autres peuvent être porteurs.
- Les prolongements africains via une recherche action sur le placement familial, au Burkina Faso, des enfants abandonnés ou en danger : l'importance du projet et de la volonté politiques pour promouvoir le développement endogène des solutions à apporter aux problèmes sociaux émergents.

### *Formation continue et mise en œuvre des acquis de celle-ci (années 90)*

- Le Diplôme universitaire en santé publique et en santé communautaire, pour disposer du bagage et de la légitimité permettant de changer d'échelle d'action et de s'ouvrir à d'autres expériences que celles de l'exercice de fonctions principalement médicales.
- L'Institut de l'enfance et de la famille : travaux et publications sur les droits de l'enfant face à l'infection par le VIH ; sur l'enfant, sa famille et les médicaments ; sur la Protection maternelle et infantile (PMI) ; sur la santé scolaire ; sur la protection de l'enfance en danger. Dans tous ces domaines, apparaissent les occasions d'élargir et d'approfondir l'identification de la multiplicité et de la complexité des déterminants des problèmes de santé et des problèmes sociaux pour agir en amont, autour et en aval d'eux, avec une autre efficacité que celle des seules approches techniques et technocratiques.
- L'expérience de la coopération sanitaire Nord/Sud, à travers la création et l'animation d'un réseau international en santé mentale : l'universalité réelle, mais relative, des questions de développement sanitaire et social ; l'impossibilité de décréter ce développement de façon centralisée et la nécessité de s'appuyer sur les contextes et les dynamismes locaux ; la prise de conscience concrète de la nécessaire hiérarchisation des priorités et du caractère inéluctable de la mobilisation des populations pour faire face à leurs problèmes de santé en situation de pauvreté / précarité, et ceci selon leurs propres points de vue ; la ré-injection dans les contextes des pays riches du Nord de ces expériences acquises dans les pays pauvres du Sud ; l'intérêt et l'utilité des démarches de réseau pour soutenir, tester et diffuser les micro-expériences pertinentes.
- Le Centre international de l'enfance et de la famille : les premières conceptualisations pratiques et théoriques de la notion de soutien à la parentalité et de promotion de la bienveillance, à partir

notamment de la réflexion sur les maltraitances institutionnelles et sur la prévention primaire des maltraitances de mineurs.

### *Aujourd'hui*

- Le retour transitoire à la direction d'un secteur de psychiatrie infanto-juvénile, et la vérification du potentiel mobilisateur des approches communautaires, de soutien à la parentalité et de DSL, mais aussi des pesanteurs liées à la formation initiale des professionnels et aux cultures institutionnelles dominantes ; l'ambiguïté des approches participatives lorsqu'elles sont seulement promues par la hiérarchie ; l'enjeu stratégique est cependant de redéfinir le sens des missions du service public et de mettre en actes, au moyen de procédures démocratiques et de démarches éthiques, la bientraitance des professionnels (respect, valorisation des ressources, des compétences et de la créativité des agents plutôt que de leurs seules difficultés et défaillances) de façon à susciter, accompagner et concrétiser au quotidien la promotion de la bientraitance des familles par ces mêmes professionnels (respect, valorisation des ressources, des compétences et de la créativité des parents et des enfants plutôt que de leurs seules difficultés et défaillances).
- La conception, la constitution et l'animation d'un Réseau national d'informations sur le développement social.
- Les fonctions de chargé de mission "enfance-familles" à la Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé de la Ville et du Département de Paris : l'enjeu de promouvoir simultanément, dans un champ donné, la transversalité interne et externe, la territorialisation renforcée des missions propres et des missions partagées, l'expression et la participation des habitants sur les actions et les projets qui les concernent.

### **Tentative d'analyse de ce parcours professionnel**

Ce parcours a donc été constitué d'une série de formations initiales et de la diversité des expériences acquises, mais aussi de la volonté permanente d'en effectuer la retransmission écrite (publications) et orale (conférences, sessions de formation). Il est surtout l'expression d'une formation théorique et pratique continue marquée par la remise en question du primat des réponses curatives individuelles apportées aux questions et aux demandes sanitaires et sociales. Il m'a amené à effectuer une série de prises de distance progressives et méthodiques, non indemnes de prises de risques et d'expositions à des déstabilisations de tous ordres, me permettant aussi d'assumer des positions de décentrage et de rechercher des modes alternatifs d'engagements. Cette dialectique de la prise de distance, du décentrage et de l'engagement simultanés me semble s'être opérée à trois niveaux :

- à l'égard de la souffrance d'autrui ;
- à l'égard de l'émotion suscitée par la souffrance d'autrui ;
- à l'égard de la souffrance professionnelle, c'est-à-dire de cette accumulation d'inquiétudes déontologiques et de sentiments d'impuissance que peuvent engendrer les rencontres répétitives, et pourtant jamais tout à fait identiques, avec les individus, les familles et les groupes en souffrance.

Les demandes, individuelles et sociales, concernant les personnes en souffrance déclenchent souvent le besoin impérieux de faire quelque chose de pertinent, d'utile et d'efficace pour elles en même temps que la

tendance à négliger de le faire avec elles. Accepter ne pas pouvoir ni même, peut-être, devoir répondre et satisfaire à toutes les demandes exprimées ne peut se faire qu'au bénéfice d'une autre façon d'en respecter l'expression et d'en rechercher le sens, non pas dans une perspective académique ou contemplative, mais pour guider autrement l'action et ouvrir la palette des acteurs, notamment aux sujets souffrants eux-mêmes : c'est ici que le concept de "bienveillance" a commencé à prendre forme et contenu.

Le processus de prise de distance et de décentrage a donc essentiellement été engagé à l'égard de la souffrance en tant qu'expérience observée, perçue, éprouvée, partagée, telle qu'elle est le plus souvent reprise par un grand nombre de discours et de théories (de types cliniques ou compassionnels).

La souffrance n'est pas seulement le fait, ponctuel et plus ou moins passivement subi, d'endurer et de supporter une douleur, un malheur, un mal-être. Quand on dit d'une affaire qu'elle est en souffrance, c'est aussi pour souligner qu'elle est en suspens, en attente d'une résolution. La souffrance est donc l'état non fixé, transitoire, d'une personne ou d'une situation qui fait signe par son intermédiaire moins pour rechercher les moyens de s'y adapter que pour déclencher les conditions lui permettant de passer à un autre état. C'est pourquoi il serait à la fois injuste et inopérant de considérer le sujet souffrant soit comme pure victime, soit comme principal responsable de sa souffrance. Si sa souffrance fait signe, c'est certes pour chercher remède mais aussi pour faire sens. Remède et sens résident alors et sont à rechercher tout autant chez le sujet souffrant que chez les témoins de cette souffrance.

Restituer leurs dimensions sociales et politiques non seulement aux formes de souffrances constatées en un lieu et un temps donnés, mais aussi et surtout à ce qui les cause et les détermine, est donc indispensable. Mais cela ne suffit pas.

Le contact régulier avec la souffrance d'autrui — dans un contexte professionnel ou associatif — est une expérience éprouvante. Elle ne confère pas pour autant de légitimité particulière à celui qui en recueille l'expression :

- ni la légitimité de parler à la place du sujet souffrant, dont il importe que la parole perce les filtres aseptisants de la seule réponse clinique ou compassionnelle qui lui est proposée et apportée ;
- ni la légitimité d'étendre à l'ensemble du groupe social (et *a fortiori* de la société) la perception que l'on a et l'analyse que l'on fait des situations de ceux qui y sont repérés en souffrance et que l'on a rencontrés à ce titre.

À vrai dire, la dimension strictement individuelle de la souffrance est rarement avérée, même si elle est souvent intériorisée puis extériorisée comme telle, et les réponses envisagées doivent en tenir compte. L'expérience de la pédopsychiatrie publique enseigne ainsi, par exemple, qu'un enfant en souffrance au sein d'une famille en souffrance souhaite en général que le projet qu'on lui propose prenne en considération son propre besoin de guérison en même temps que son besoin de famille. Et il en va de même pour une famille en souffrance au sein d'un territoire en souffrance.

Il y a cependant, à l'évidence, un degré ou un stade à proprement parler aliénants de la souffrance individuelle ou de groupe qui entrave dans l'immédiat la capacité de cet individu ou de ce groupe à rejoindre une dynamique collective. Le soulagement de cette souffrance et, simultanément, l'appui transitoire sur un collectif de "pairs en souffrance" (groupes de paroles, d'entraide, voire de pression) sont alors des étapes préalables pour renouer avec des perspectives de développement personnel, familial,

social. L'enjeu est donc de concilier, sans les opposer ou les mettre en concurrence, un réel accès à des réponses soignantes, préventives, thérapeutiques et à des aides sociales individuelles avec une approche socio-politique globale et territoriale productrice de sens et de mobilisation collective.

Une des façons de relever cet enjeu au sein des pratiques professionnelles peut reposer dans un premier temps, et entre autres, sur la création et l'animation de réseaux médico-sociaux locaux. D'abord centrés sur une approche globale de la personne, ces réseaux repèrent, analysent et intègrent peu à peu non seulement les difficultés mais aussi les ressources de celle-ci, de même que celles de son environnement de proximité et de son propre réseau relationnel. Ils en arrivent souvent à souhaiter et à favoriser l'implication active des habitants que sont aussi les patients et les usagers des services. Parce qu'elles concernent l'ensemble des déterminants de la situation de la personne, les réponses individuelles apportées par de tels réseaux y sont certes composites, mais elles s'efforcent en permanence de rester cohérentes et bienveillantes. À cet effet, le réseau des professionnels — et si possible des institutions — qui le constituent doit aussi s'efforcer de promouvoir la bienveillance entre ses membres : nul ne doit être le sous-traitant de l'autre, se réduire ou se laisser réduire à un comportement de prescripteur, à une position de prestataire. De même, les personnes concernées par les réponses soignantes et/ou sociales proposées par de tels réseaux doivent pouvoir y conserver dans la mesure du possible un rôle de co-décideurs de ces réponses, et conquérir peu à peu un rôle de co-acteurs au sein de ces réseaux eux-mêmes.

Au total, le changement essentiel de posture professionnelle aura consisté à apprendre à reconnaître en toute personne porteuse ou cible de problèmes une source possible de solutions. Ce changement de posture est certainement une condition nécessaire à l'engagement dans des dynamiques de développement social, mais elle est loin d'être suffisante.

Il faudra aussi que, sur de telles bases, les professionnels confrontés à la souffrance des personnes veulent et sachent élaborer ensemble un certain nombre de référentiels — c'est-à-dire de cadres d'interprétation et d'action — leur permettant de rester coopératifs, en même temps que concentrés sur le respect du rôle actif de ces personnes. Ceci est en effet particulièrement difficile et délicat, mais pas insurmontable, dans les trois principales circonstances où la souffrance, par son emprise sur les pratiques, incite à les faire régresser : l'urgence, la précarité et le partage des informations.

## **L'urgence**

De l'avis éclairé de la plupart des professionnels de la santé et de l'action sociale — quand cet avis est émis au calme et en situation de recul méthodologique — , l'attitude idéale face à l'urgence serait de savoir repérer et de pouvoir mobiliser les opportunités d'un dépassement de l'urgence et d'inscrire la réponse à la personne saisie par l'urgence dans une stratégie de prévention durable construite avec elle. Cette attitude n'est pas toujours aisée à adopter et à soutenir lorsque la souffrance et l'angoisse de la personne en question sont au devant de la scène et de la demande individuelle ou sociale d'intervention.

D'une part, en effet, l'urgence médicale, son mode de résolution pratique et les représentations sociales qui lui sont attachées tendent à rendre la personne objet plutôt que sujet de l'intervention, le temps tout du moins de relativiser la détresse vitale. Et il en va souvent de même de l'urgence sociale quand la réponse

attendue est déterminée par des considérations politiques plus soucieuses de la visibilité du problème soulevé et de l'efficacité immédiate ou apparente des réponses apportées que de l'analyse exhaustive de ses causes.

D'autre part, l'urgence ressentie par la personne peut concerner la mise en péril d'autre chose que ce qui mobilise le médecin du côté de la santé ou de la vie, ou le travailleur social du côté des besoins ou des droits essentiels. Bien qu'évaluée comme relevant de l'urgence par la personne, elle peut plutôt constituer, vue de l'extérieur par le professionnel, une situation de crise c'est-à-dire un moment décisif où, précisément, il faut savoir décider sans se laisser gagner par le stress et l'activisme. Comment dès lors le faire sans exclure la personne du processus de prise de décision ni disqualifier son jugement au motif qu'il est peut-être troublé par la souffrance et l'angoisse ?

Le fonctionnement en réseau des professionnels interpellés dans ce type de contexte est essentiel. Il permet de se prémunir partiellement du stress et surtout de la culpabilité liée au refus de l'interventionnisme aveugle. Le réseau des professionnels peut en outre apprécier, mieux que le professionnel isolé, la texture du réseau relationnel voire institutionnel de la personne et son rôle dans la construction et l'évaluation subjectives du sentiment d'urgence. En identifiant le mécanisme et l'environnement de l'urgence ressentie, en lui restituant sa dimension critique, le réseau des professionnels peut alors contribuer à mieux éclairer sa signification tout en instaurant ou en restaurant une relation de confiance avec la personne et ses proches. Il peut sur ces bases envisager avec elle un projet de résolution participative de la crise, et de prévention non moins participative de la répétition ou de la chronicisation de celle-ci, et le faire sur la base d'un accompagnement librement consenti et assumé, tant sur le plan médical que sur le plan social.

L'enjeu essentiel, malgré l'urgence ou peut-être même du fait de ce qu'elle révèle, est donc de placer la personne et ses proches au cœur de la situation qui les alarme pour mieux préserver leur position d'acteurs, respectés et mobilisés comme tels, de l'intervention qu'ils sollicitent.

Cet enjeu peut sembler plus difficile à tenir lorsque la sécurité, la santé ou les conditions de l'éducation d'un enfant semblent ou sont objectivement compromises. Il n'en reste pas moins que, dans les limites fixées par la loi, la capacité des différents professionnels en contact avec cet enfant (équipes de PMI, de santé scolaire, de polyvalence de secteur, etc.) à bientraiter sa famille, même dans un contexte d'urgence, permettra de préserver les principes d'une relation de respect et de confiance avec celle-ci. Refuser la contagion de la maltraitance pour promouvoir, coûte que coûte, celle de la bientraitance est un pari moins difficile à gagner qu'il y paraît. Il permet surtout, une fois l'urgence passée et la protection assurée, d'envisager avec l'enfant et sa famille un processus de réhabilitation dans lequel le réseau des professionnels aura conservé sa fonction principale d'appui et d'accompagnement parce qu'il aura su éviter de tomber dans le piège de l'intervention perçue comme exclusivement jugeante et éventuellement persécutrice.

## **La précarité**

La précarité sociale est souvent cause de pauvreté matérielle, d'insécurité, de perte d'estime de soi et de souffrance morale (plus souvent que psychique) qui sont vécues d'abord au niveau individuel ou familial même si elles font par ailleurs l'objet d'un discours public globalisant.

Dans ce contexte, la maladie ou la demande de soins tout comme la relation au système de santé et l'observance des prescriptions relèvent d'une perception, d'une expression, d'une conception des priorités qui sont liées à la place que leur donne la personne ou sa famille au sein de leurs conditions de vie précaires. De ce fait, elles sont référées à des normes souvent éloignées de celles du médecin, qui doit cependant s'efforcer de les entendre et de les interpréter dans le système de pensée propre à la personne s'il veut leur restituer leur valeur et leur sens et y répondre de façon appropriée.

De même, face à une demande d'intervention formulée souvent dans l'urgence et au motif de l'insécurité réelle ou ressentie, le travailleur social voit ses cadres d'interprétation et d'action et sa créativité professionnelle mis à mal. La demande vise la satisfaction immédiate, voire financière, d'un besoin vécu et présenté comme impérieux, alors qu'il semblerait souhaitable d'activer sur le plus long terme les potentialités de la personne et celles de son environnement, "lui apprendre à pêcher plutôt qu'à lui fournir du poisson", comme dit le proverbe.

L'instabilité de la personne précarisée déstabilise les professionnels, sa souffrance les fait souffrir. Que leur demande-t-elle donc de la sorte, sinon de partager avec elle un peu de son expérience de la précarité, des limites de leurs compétences respectives ? Et, au delà, de les inciter à faire avec elle — et pas seulement pour elle — une évaluation commune et globale de la complexité de cette situation où l'affirmation des droits formels vacille devant la menace d'en perdre l'exercice réel ?

Il importe alors, en effet, d'adapter les outils et les réponses professionnels non seulement aux besoins mais aussi aux ressources de la personne, et pour commencer de renforcer ou de faciliter son accès aux droits, en l'accompagnant sur ce trajet autant qu'il le faut, mais toujours avec son accord et si possible sa participation. Puis de privilégier une approche globale de sa situation en partant de son projet, même si ses objectifs semblent triviaux, ses représentations étranges ou décalées, ses savoirs et ses compétences limités. Dès qu'il y a compétence reconnue par un tiers, il y a un projet possible, quand bien même les objectifs peinent à se formuler. Ne pas respecter ces critères d'un accompagnement actif fait courir le risque de ne pas respecter la personne elle-même, et de reproduire avec elle une logique d'échec où son expertise dépasse malheureusement celle des professionnels.

L'exercice de la médecine libérale ou hospitalière permet-il de fonctionner de la sorte ? Sans doute non, sauf dans le cadre d'un réseau de type santé/social ou d'un dispositif de santé publique de type participatif qui permet de construire avec la personne, à son rythme, le sens — c'est-à-dire la signification et la direction — de son parcours social et thérapeutique. Encore faudra-t-il savoir et pouvoir établir avec elle une relation de confiance non jugeante, une relation de confiance en ses capacités, basée sur le respect de ses conceptions de la santé et du soin et sur l'acceptation patiente de ses éventuels blocages, fausses routes et régressions. Ces divers aléas indiquent en effet le *tempo* et les options possibles du projet de la personne, et permettent de laisser venir et d'apprécier les contributions de son environnement.

Pour le travailleur social, le plus souvent salarié ou mandataire d'une collectivité territoriale, l'enjeu est de compléter ou de dépasser les techniques d'entretien et d'aide essentiellement individuels ou familiaux

pour ouvrir son intervention sur des dynamiques collectives et citoyennes d'insertion puis d'intégration sociale des personnes précaires. Cet enjeu est largement tributaire des orientations politiques de sa collectivité et stratégiques de son institution. Mais la capacité des travailleurs sociaux et de leur encadrement à soutenir et à valoriser des dynamiques de réseaux partenariaux en ces domaines peuvent nourrir et infléchir ces positionnements. La recherche de mesures d'accompagnement social, individuelles et collectives, permettant d'ouvrir ou de renforcer l'accès des personnes bénéficiaires de minima sociaux aux services et équipements de droit commun prendra alors une place déterminante dans les processus d'élaboration et de suivi de dispositifs tels que les Programmes départementaux d'insertion. On pourra, par exemple, y voir se concrétiser le souci et la volonté de favoriser financièrement, pratiquement, voire culturellement, leur accès aux services de soins préventifs et curatifs ; ou encore, pour les parents isolés en parcours d'insertion (formations, stages, emplois aidés), l'accès aux services d'accueil de leurs jeunes enfants, de soutien scolaire et d'accueil périscolaire de leurs enfants plus âgés. Autant de dispositions pragmatiques qui contribueront à pourvoir les personnes précarisées de meilleures chances de se sentir en sécurité, de se montrer actives dans leurs projets, et de les ouvrir aux ressources — institutionnelles ou associatives — de leur environnement.

## **Le secret**

La question du secret, de sa préservation ou de sa violation, est inséparable de sa version pratique : celle du partage d'informations. Quatre questions se posent très vite lorsque différents professionnels sont amenés à coopérer autour d'une personne et de sa situation : faut-il partager des informations ? dans quels buts ? faut-il le faire avec l'accord de la personne sur le principe du partage et sur la nature des informations à partager ? faut-il le faire en sa présence ?

Le principe du secret professionnel tout comme la pratique du partage éthique d'informations se réfèrent l'un et l'autre à un critère essentiel : l'intérêt de la personne. Si celui-ci peut paraître flou, au moins est-il centré sur la personne. Il peut alors se décomposer en deux critères plus opérationnels : la nécessité et l'utilité. Qui peut décider de celles-ci ? Comment pourrait-on exclure la personne de cette décision ? Et d'une décision sur les modalités des éventuels partages et transmissions d'informations ? Pourquoi ne pas commencer par l'associer, systématiquement ou chaque fois que possible, à l'analyse des avantages et des inconvénients liés à ces décisions ?

Plus précisément, l'intérêt de la personne peut s'entendre aussi comme l'intérêt du projet de la personne. Si celui-ci est construit avec des professionnels, et qu'ils en sont les partenaires, la question du partage d'informations peut se poser, se comprendre et se résoudre différemment.

Par ailleurs, il est parfois observé que, par la confusion qu'elle opère entre les champs de compétences de ses interlocuteurs, la personne — surtout en situation d'urgence ou de précarité — contribue de fait au partage d'informations entre eux. On peut se demander si, dans certains cas, cette confusion n'est pas plus ou moins délibérée de sa part. Elle est peut-être le reflet de la conscience qu'elle a de la complexité de sa situation, et de son souhait qu'y soit apportée une réponse globale ou tout du moins non cloisonnée. Elle constitue peut-être même une tentative, en déstabilisant ou en inquiétant chacun de ses interlocuteurs, de les inciter à se rapprocher et à se relier à son sujet. Pour autant, en la matière, l'inquiétude des

professionnels peut être mauvaise conseillère — tout comme peut l'être leur rigidité à l'égard du secret professionnel.

La question du secret professionnel et celle du partage d'informations devraient en tout état de cause être moins préoccupantes au sein d'un réseau marqué par le respect et la confiance entre ses membres, et par leur extension aux personnes qui s'adressent à lui. Certes, par précaution de principe, certains échanges entre professionnels peuvent être anonymisés lorsqu'ils ne concernent pas l'intérêt individuel de telle ou telle personne en particulier, mais celui d'un groupe. Mais dans tous les autres cas, et lorsque prévaut un fonctionnement basé sur le respect et la confiance mutuels, pourquoi ne pas y associer directement la personne concernée, y procéder en sa présence ou par son intermédiaire, ou encore la rendre destinataire d'une copie de tous les courriers échangés à son sujet ? L'esprit et la lettre des lois, récemment adoptées, relative l'une à la rénovation de l'action sociale et médico-sociale, l'autre aux droits des malades et à la qualité du système de santé, ne plaident-ils pas en ce sens ? Qu'a-t-on, au fond, à craindre de la transparence lorsque l'on est transparent soi-même ?

### **Pour conclure sur des perspectives politiques et éthiques**

L'enjeu et les objectifs des différentes démarches participatives ci-dessus évoquées sont au total d'associer chaque personne aux décisions, aux actions, aux services, aux projets qui la concernent. Dans le cadre d'un réseau médico-social, il s'agit certes de proposer à cette personne de conserver ou de conquérir un rôle actif, mais aussi de la reconnaître comme expert d'expérience, comme expert de son cadre et de ses conditions de vie, comme facteur essentiel de lien entre les membres du réseau et entre ceux-ci et leurs autres partenaires. C'est bien à ces différents titres que les habitants/patients/usagers peuvent prendre toute leur place dans la dynamique du réseau. Chaque fois en effet que celui-ci se mobilise en faveur d'un projet individuel conçu et mené de la sorte, il crée les conditions pratiques et théoriques permettant à la personne impliquée dans ce processus de se percevoir et de s'investir à son tour comme membre actif du dit réseau.

Il est dès lors envisageable de changer progressivement d'échelle. Délibérément transférées à un niveau plus collectif, l'ensemble de ces démarches participatives et des mobilisations qui en résultent peuvent en effet contribuer à des dynamiques de promotion de la santé et de développement social au sein du territoire où vivent les personnes concernées et où exercent les professionnels ainsi engagés. Dépassant les seules valeurs individuelles de respect, de dignité, d'autonomisation et d'émancipation des personnes, on aborde alors des perspectives de remaniement de l'ensemble des cultures professionnelles, institutionnelles et citoyennes en jeu sur ce territoire.

Toute démarche globale et participative tend en effet à réduire la prééminence de la seule réponse technique et administrative apportée aux souffrances, attentes, espoirs et projets des patients, des usagers, des habitants mais aussi des professionnels. Elle débouche à terme sur une légitime interpellation des pouvoirs politiques. Il ne suffit pas en effet de soulager ponctuellement les souffrances. Il faut aussi prendre le risque d'inventer des réponses non standardisées et non exclusivement compassionnelles qui donneront à ces souffrances l'occasion de révéler leur sens dans l'espace de vie et dans la durée du droit de cité de ceux et celles (y compris les enfants et les jeunes) qui les éprouvent et les expriment.

Encore faudra-t-il que le cadre politique général et local favorise cette évolution et accueille cette interpellation en instaurant à cet effet des règles qui autorisent et pas seulement des règles qui interdisent. Et, notamment, des règles qui encouragent des pratiques d'expression, de concertation et de coopération à tous les niveaux et dans le plus grand nombre de circonstances possibles de la vie de la cité.

Encore faudra-t-il aussi que les pratiques professionnelles s'ouvrent à une volonté de transparence qui les rende plus accessibles, plus compréhensibles voire moins menaçantes pour les personnes et les groupes qui s'y adressent. Et que si, par exemple, des réseaux locaux de professionnels se structurent autour de chartes éthiques, celles-ci puissent être non seulement publiées et largement diffusées, mais aussi lisibles et amendables pour ces personnes et pour ces groupes, voire même directement élaborées avec eux.

Encore faudra-t-il encore ne sombrer ici ni dans l'angélisme, ni dans la fabrique des illusions éphémères, ni dans les pièges de l'instrumentalisation. Si la participation des habitants ne se décrète pas, elle ne saurait non plus s'improviser. Elle requiert certes des conditions politiques générales et locales favorables, mais aussi un véritable professionnalisme et une vigilance éthique sans faille de la part de ceux qui s'attachent à la promouvoir et à se mettre au service de ce qu'elle instaure et produit. Elle requiert certes des professionnels convaincus et motivés, mais aussi des professionnels formés, sachant et acceptant de prendre le temps des habitants ("le temps méprise ce qui se fait sans lui", dit un proverbe africain), sachant et acceptant de se mettre au service de leurs projets plutôt que de toujours chercher à leur appliquer les leurs. Et, pour commencer, des professionnels pouvant et sachant créer entre eux-mêmes un climat de respect et de confiance mutuels et d'humilité partagée, c'est-à-dire des conditions de coopération favorables à l'émergence et à l'accompagnement de la prise de parole et de la prise d'initiatives des habitants.

En d'autres termes, des professionnels bénéficiant de la bienveillance de leurs institutions et acteurs résolus de principes de bienveillance mutuelle à l'occasion de leurs entreprises communes sont autant de conditions de départ indispensables à une attitude bienveillante à l'égard des habitants, de leurs attentes et de leurs projets. Il leur faudra en effet bien souvent savoir et accepter de soumettre les fonctionnements et les cloisonnements habituels de leurs institutions et de leurs services à l'évaluation des habitants, sans se sentir pour autant personnellement agressés par le constat que les souffrances sociales sont parfois aggravées par les réponses qui leur sont proposées. Savoir et accepter d'accueillir et d'apprécier à leur juste valeur la façon dont, au delà de cette évaluation, les habitants pensent leur territoire de vie et imaginent son avenir et son aménagement. Savoir et accepter de se tourner vers eux, pour solliciter leurs points de vue et leurs suggestions, chaque fois que les seules compétences des professionnels ne suffisent pas à trouver ou à mettre en œuvre la solution d'un problème local inédit. Bref, savoir et accepter de reconnaître les habitants comme des sources importantes de formation continue des professionnels.

FRÉDÉRIC JÉSU

ARTICLE

2002 - La souffrance sociale et la bienveillance

Licence (CC BY -NC-ND)



Vous êtes autorisé à publier, partager, distribuer gratuitement l'œuvre de l'auteur.

Dans la mesure du possible vous devez donner le nom de l'auteur. Vous n'êtes pas autorisé à vendre, louer, reproduire, adapter, modifier, transformer ou faire tout autre usage.

**Courriel de l'auteur** : [contact@frederic-jesu.net](mailto:contact@frederic-jesu.net)

**Site officiel de l'auteur** : <https://www.frederic-jesu.net>

© Copyright-France tous droits réservés 2020-2021

Paris, 2020

ISBN 979-10-394-0430-3