

**Dans le cadre du programme
« Handicap Psychique, Autonomie, Vie sociale »**

**« Services d'aide à l'épreuve du handicap psychique :
approche anthropologique des parcours de vie et des trajectoires
de prise en charge »**

Rapport Final

*Margarita Xanthakou
Margitta Zimmermann*

Laboratoire d'Anthropologie Sociale, Paris

Décembre 2010

Sommaire

I. Introduction.....	3
I.1. Cadre et objet de la recherche	3
I.2. Observations méthodologiques	5
I.3. Critère général des expériences subjectives et réajustement des procédés de recueil	9
II. Expériences subjectives et accompagnements en SAS	18
II.1. Unités d'observation et cadres d'expériences	18
II.2. Cadre spatio-temporel du SAS : exercice descriptif.....	20
II.3. Commission d'admission et fabrication d'une personnalité-type	31
II.4. Perspectives institutionnelles, catégories d'intervention et expériences subjectives ...	50
II.4.1. Médiations relationnelles : les « risques » de la vie sociale	51
II.4.2. Technicité relationnelle et socialisation des émotions	53
II.4.3. Ecritures administratives	57
II.4.4. Univers administratif et citoyenneté.....	58
II.4.5. Travail d'écoute et réalités intimes.....	60
II.4.6. Gestion d'argent et liens de valeur	63
II.4.7. Le travail comme refuge contre la souffrance	65
II.4.8. Hygiène du corps et médication	67
II.4.9. Hygiène alimentaire et nourritures singularisées.....	68
II.4.10. Expériences de concernement, pratiques interstitielles et affectivité	70
III. Les expériences subjectives du handicap psychique.....	73
III.1. Les épreuves d'une sensibilité spécifique	75
III.2. Les conceptions de l'indépendance et de l'interdépendance.....	77
III.3. Expériences de souffrance et économie morale	80
III.4. La solitude comme intersubjectivité manquée	85
III.5. Le « chez-soi » comme condition de la participation sociale	87
IV. Le FLE : éléments comparatifs	90
V. Conclusion.....	94
Références bibliographiques	97

I. Introduction

I.1. Cadre et objet de la recherche

L'approche en termes de handicap jette un éclairage nouveau sur les problèmes de santé en prêtant une attention renforcée à leurs conséquences plutôt qu'à leurs causes, plaçant au centre de ses préoccupations les notions de « limitations d'activité » (« difficultés qu'une personne rencontre dans l'exécution d'activités », selon la définition de la CIF, Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé) et de « restrictions de participation (« problèmes qu'une personne peut rencontrer dans une situation de vie réelle »).

La catégorie nouvelle de « handicap psychique » tente de cerner certaines zones jusque là peu traitées en ces termes, mais ses spécificités restent à ce jour mal connues, et par conséquent la prise en charge reste souvent imparfaite, prise entre les formes complexes de ce type de handicap et les contraintes propres aux prises en charge institutionnelles.

Dans le contexte de la société moderne, vivre avec de telles « restrictions » et « limitations », qu'elles soient provisoires ou définitives, qu'elles aient pour origine un « accident biographique » ou une maladie chronique, constitue de fait un défi majeur et pour la personne concernée et pour les politiques publiques.

Dans l'esprit des acteurs de terrain, les divers services de santé mentale se présentent formellement comme une « chaîne » d'interventions causale et linéaire, ordonnée suivant une évaluation des degrés d'autonomie des personnes accueillies, eux-mêmes fixés en référence à des seuils essentiellement comportementaux. L'objectif des prises en charge est ainsi d'apporter des réponses adaptées à chacun des niveaux de handicap identifiés et, autant que possible, d'induire une progression vers des niveaux supérieurs d'autonomie.

Si l'on veut analyser l'ajustement des procédures institutionnelles adoptées aux handicaps proprement « psychiques » des personnes, il faut croiser l'analyse des diverses modalités de prise en charge avec celle des dynamiques individuelles. Par conséquent, l'approche adoptée privilégie résolument le point de vue des personnes concernées elles-mêmes sur leur monde d'expériences singulières.

Il s'agit d'expériences de vie éprouvantes, infiniment variables pour un même sujet, avec au centre des difficultés de nature éminemment relationnelle. Des évènements parfois infimes infléchissent la situation et freinent ou libèrent leur élan, motivent leur retrait ou leur engagement dans les péripéties de la vie sociale, abordées différemment selon le jour et les protagonistes de la scène relationnelle. Dans ces conditions, un éclairage à partir des expériences subjectives semble particulièrement approprié pour saisir les effets exacts des prises en charge, en termes de réduction ou de renforcement des troubles et souffrances éprouvés.

L'observation de terrain et l'analyse qui en résulte portent sur deux fragments de la chaîne formelle des interventions, en deux points différents : un SAS (Service d'Accompagnement et de Suite) et, à titre comparatif, un FLE (Foyer Logement Eclaté), situé conceptuellement en amont du premier, tous deux implantés dans le sud de la France et appartenant au secteur privé. En raison des limites que ce rapport synthétique doit imposer à l'exposition des données, le SAS bénéficiera d'un examen plus détaillé que le FLE dont l'analyse ne retiendra que certains éléments aptes à apporter un éclairage pertinent pour la problématique mise en œuvre et à remplir la fonction comparative, à laquelle ce dispositif fut destiné.

Si certains dispositifs manquent plus ou moins leurs « cibles » et/ou n'obtiennent pas toujours les objectifs poursuivis, voire peuvent, dans certains cas, conforter les « handicaps », il convient d'étudier si et pourquoi les dispositifs sous examen ici parviennent, du point de vue de leurs usagers, à éviter les « pièges » des formes institutionnalisées des prises en charge et à remplir leur mission d'autonomisation et de réinsertion sociale.

Rappelons que selon l'hypothèse de cette recherche, l'amélioration des conditions de vie et la progression vers l'autonomie soutenues par les dispositifs ne dépendent pas tant d'une structure spécifique elle-même que de la dynamique relationnelle instaurée en son sein, en conséquence même de l'importance primordiale, pour les personnes « handicapées psychiques », des liens interpersonnels.

L'efficacité d'un dispositif d'aide et de ses « performances » à améliorer les « capacités » des personnes semble moins attribuable aux mesures « institutionnelles » et « éducatives » qu'aux pratiques « interstitielles » et à des possibles « écarts » et « innovations » à l'intérieur des « protocoles » officiels.

I.2. Observations méthodologiques

Construire un dispositif méthodologique adéquat dont dépendent entièrement la nature et la qualité des données recueillies, s'avère d'autant plus décisif dans le cadre d'observation du handicap psychique : de nature éminemment relationnelle, les difficultés qu'il implique sont de fait éprouvées par les personnes au sein de toute rencontre concrète avec le monde des personnes, chercheur compris, toute situation d'interaction sociale comportant une forme de menace ou de risque dont il s'agit de comprendre le fondement. De sorte que le chercheur se trouve dans la position quelque peu paradoxale qui veut que son engagement dans ce terrain particulier présuppose la connaissance au préalable de certains facteurs clefs dans la fabrication du handicap psychique qu'il est venu examiner, au risque, s'il les ignore, de faire basculer la rencontre en situation d'épreuve d'ordre essentiellement émotionnel et affectif, et de compromettre ainsi l'avancement de son enquête, en même temps que de dénaturer foncièrement les résultats. La méthode empirique déployée dans la rencontre entre enquêteur et enquêté contient en germes les ingrédients d'un possible « passage aux limitations » et, comprenant en son cœur les résultats obtenus, mérite d'être rappelée ici dans ses grandes lignes¹.

Au-delà de l'observation (qu'elle soit « participante » ou « flottante ») de l'approche qualitative habituelle, il s'agit en effet de ne pas manquer cette dimension cruciale dans les expériences subjectives du handicap psychique : c'est de l'importance déterminante des émotions et affects qui donnent un sens et une forme incarnés, ressentis à toute situation de jugement social, réel et/ou vécu comme tel, que naissent les fragilités d'un lien social dont la rupture risque de défaire littéralement un monde commun, rendu comme « inhabitable », et motive un retrait immédiat de la scène relationnelle, la personne « handicapée psychique » cherchant souvent refuge derrière une attitude « passéiste » d'indifférence affichée. Un ordre social et moral propre à notre société se déploie en effet jusque dans les fondements sensibles des personnes, dans une sorte d'infra-couche de la vie sociale. De sorte que les émotions deviennent les vecteurs privilégiés d'une normativité qui induisent débordements et écarts de conduites à travers les valeurs qu'elles affirment et le « devoir-être » qu'elles expriment, et créent les conditions mêmes d'un désengagement relationnel. Une « observation » dirigée uniquement vers les faits repérables à un premier niveau, ainsi les comportements, actes

¹ Cf. « Note méthodologique », 2008.

et énoncés et, ici « capacités » et « incapacités » de faire ou de dire, ne saurait saisir pleinement ce qui est « en jeu » pour les personnes dans leurs expériences en train de se vivre (les passages aux limitations, désengagements et inactivités motivés par l'affectivité), souvent opaque à leurs propres yeux. Comment saisir l'affect d'autrui et rendre compte de ses perceptions émotionnelles, de ses impressions sensibles, au-delà du « visible » et sans le vouer à la disparition en l'installant d'emblée dans le seul registre de la représentation ? La difficulté est de taille.

La situation d'enquête en tant que moment d'une rencontre sociale n'est pas exempte des conditions de fabrication de certains troubles « visibles » considérés comme caractéristiques du handicap psychique (difficultés à la communication, d'engagement dans la relation etc.). Ainsi faut-il prendre soin d'instaurer, dès la première rencontre, un cadre de la relation ouvert à un espace de communication « extra-ordinaire », dans une forme d'oubli des conventions sociales et des codes « ordinaires » de l'échange, pour éviter qu'ils ne heurtent cet « Autre » et ne l'enferment dans « l'incapacité » de répondre aux sollicitations et aux questions du chercheur, dans une position stigmatisée par le repli sur soi².

Vite terrorisés par la moindre demande, murés dans le silence, beaucoup se montrent très réticents à s'engager dans la communication verbale, freinés qu'ils sont par une peur massive du « jugement ». Sujets rendus muets par la souffrance, ils se taisent, et n'acceptent de parler que quand ils pensent avoir une chance d'être entendus. La parole ne saurait leur être « apprise » : elle est acceptée ou refusée.

La communication non verbale ne s'en trouve que d'autant plus présente : l'affect fige le corps ou le pousse à se lever, se mettre à l'écart ou de profil, l'agite de petits mouvements désordonnés ou concentre son intensité émotive sur des poings serrés, le mouvement (visible) du corps affecté étant révélateur d'un moment « fort » de la relation sociale – d'une effraction, d'une violence symbolique ? –, ses intensités s'organisant toutefois d'une manière particulière, autour d'un agencement spécifique, celui qui a justement provoqué cette « affection »...

Au chercheur de patiemment se taire, d'accepter le silence comme seul moyen de briser le mutisme de l'Autre, toute parole de sa part étant d'abord définie dans son rapport au pouvoir, le situant du côté de ceux, toujours trop loquaces qui « jugent », en tant qu'experts, professionnels de la santé et personnel médico-social.

² La fabrication d'un monde intersubjectif au moyen d'une communication « ordinaire » comme posture de recherche, aujourd'hui largement admise (Althabe, 1990) est ici tout simplement impossible.

A cet égard, l'instant initial de la rencontre entre enquêteur et enquêté s'avère comme primordial. D'une grande réceptivité, très observatrices, les personnes « handicapées psychiques » sont, malgré l'indifférence affichée, particulièrement attentives aux moindres indices perceptifs et émotionnels, autrement plus significatifs pour elles que tout élément discursif, car susceptibles de lui rappeler l'essence même de sa dérogation aux normes : certaines contenance, des gestes involontaires, un embarras à peine perceptible sont d'une grande portée, effarouchent et mettent rudement à l'épreuve le lien ébauché. Il s'agit d'un instant relationnel particulièrement dense, responsable de l'inhibition ou du déploiement des « compétences relationnelles », en fonction de critères ignorés par le chercheur, soumis à son insu à une appréciation immédiate. Au cœur de cette « évaluation sensible » de sa personne : la quête et la saisie quasi instantanée d'indices d'une forme de disponibilité sincère, dépourvue de feinte, de « montage », présence attentive ouverte à la rencontre comme fondement de la relation.

Moment clef de l'enquête, l'instant inaugural du premier contact est donc pour le chercheur un moment de danger, de tension, de risque –celui de voir s'évanouir son projet de connaissance – qui tient parfois en quelques secondes fugaces ou au contraire interminables, l'enquête ne valant que par la confrontation à cette force éruptive de la rencontre, où s'origine toute interprétation ultérieure.

Il convient, ici plus qu'ailleurs, de donner une élaboration méthodologique et théorique de ces éléments informels et informulés de la relation de terrain, d'une importance pourtant centrale. La situation exige du chercheur de s'engager dans la relation en quittant sa position de sujet défini par un statut social derrière lequel se retrancher, qu'il « oublie » en quelque sorte d'être un chercheur sur le terrain et qu'il instaure une sorte de réciprocité non intentionnelle, un libre jeu d'échange où circulent émotions et affects, une communication « involontaire », verbale ou non³, qui comprend l'engagement de ses propres perceptions et affects.

La spécificité de tout terrain exige ainsi que l'ethnographe s'y adapte en développant des « outils » propres à atteindre le cœur des expériences, des conduites, des discours. Seul moyen pour découvrir les mécanismes structurants de l'expérience d'autrui dans ses dimensions sensibles, cette sorte d'enracinement affectif dans la souffrance exige en contrepoint un déracinement ultérieur afin de rompre avec toute position autocentrée et normative, et d'objectiver les observations recueillies.

³ On reconnaît ici la posture radicale de J. Favret-Saada, spécialement adaptée à ce terrain spécifique.

Accepter l'idée que d'être ainsi affecté ouvre bel et bien une « communication immédiate »⁴, c'est admettre la possibilité d'alignement entre perceptions et expériences « affectives » du chercheur⁵ et celles des personnes sous examen, dans l'appréhension de leur monde quotidien.

A cet égard, l'« immédiateté sensible » dans la saisie de l'autre n'est pas une position « naïve » ou « romantique », où l'« émotion » serait le site d'une perception non corrompue, « pure » face à une attitude rationaliste artificielle (Lutz, 1986), et n'a que peu de choses à voir avec l'« empathie », qu'il s'agisse de l'« empathie méthodologique naïve » ou de l'« empathie positionnelle » par expérience sociale (Tarlow, 2000)⁶.

L'enquêteur ne peut prétendre, en effet, percevoir, éprouver, ressentir au cours de son expérience de terrain ce que perçoit, éprouve, ressent autrui, autant qu'il ne suffit pas de l'« imaginer » : on ne peut que retomber sur l'illusion d'identité d'expérience entre êtres humains.

En revanche, ce qu'il lui est possible d'appréhender et de saisir, c'est l'« intensité immédiate »⁷, dans une situation donnée, d'un agencement spécifique d'éléments déterminés qui provoquent pour la personne une « affection » particulière, responsable du faire ou du taire (dire ?) et dont chacune possède bien une sorte particulière d'objectivité que le chercheur peut expérimenter aux côtés de l'autre. Les affects deviennent ainsi des formes de « préhension » de tel ou tel événement particulier et, véritables instruments de connaissance, peuvent guider l'attention de l'enquêteur vers les configurations prégnantes, « typiques » et comparables entre elles.

L'objet, inséparable de la méthode empirique, influe également sur le choix des modes d'analyse, brièvement signalées ici.

Le choix heuristique de mettre au centre de l'analyse le noyau « émotionnel et affectif » des expériences subjectives du handicap psychique n'est pas arbitraire. Outre les données quelque peu opaques et comme invisibles, mais néanmoins réelles, recueillies sur le terrain, il trouve son assise et sa légitimité dans les autodésignations des personnes concernées elles-mêmes comme « hyper-sensibles » et « hyper-

⁴ Au sens de « Einfühlung » : communication, et non « communion par identification », affective.

⁵ Comprenant ces expériences spécifiques que nous avons pour habitude d'appeler « émotions » (Leavitt, 1996) et qui impliquent à la fois sens et sensations, esprit et corps, tous deux de nature essentiellement sociale.

⁶ La notion d'empathie comme posture méthodologique est largement discutée dans les travaux d'anthropologie des émotions et du corps. Cf. Favret-Saada 1990, Rosaldo 1980, Leavitt 1996, Lutz 1986, Kirmayer 1992, Lock 1993, Tarlow 2000.

⁷ L'« affect non-représenté », au sens de J. Favret-Saada, 1990.

émotives » qui insistent sur le fait que les sensations et émotions agissent en amont de l'idéation et/ou du discursif, et sont premières dans l'appréhension de leur monde.

Le parti pris est ainsi de se placer à un niveau plus « profond » que le cognitif, à un stade qui précède la signification : le plan de la sensibilité, suivant en cela l'approche de A. Surrallés (2003) inspirée de la phénoménologie et de l'écologie de la perception⁸. Et « puisque le monde de la sensibilité n'est pas concevable sans le corps, parce que le propre du corps est bien de sentir, la perception que nous avons des sensations est la perception que nous avons du corps : notre organisme est au fondement du monde et de notre « moi » que nous édifions en permanence. » (ibid.).

D'où le fait que l'expérience subjective du handicap psychique doit être appréhendée du point de vue du « sujet sentant », et doit s'analyser en termes d'affectif versus performatif: du « ressentir » surgit la capacité d' « agir ». La sensibilité, dans le cadre instauré par le sujet sensible ou le corps « sentant », délimite par conséquent le monde tel qu'il est vécu, peuplé de « présences » et de formes « saillantes » dont l'irruption sur la scène cristallise pour la personne « handicapée psychique » une réalité « interne » et/ou « externe » menaçante, et déclenche des réactions de grande ampleur chez celle qui les perçoit.

Reconstruire ainsi les perceptions clefs de la personne « handicapée », c'est saisir les situations de basculement en prêtant une attention spécifique portée à son environnement immédiat – le sens de son expérience n'est pas tant la propriété des choses représentées dans la conscience de sa subjectivité, mais il est découvert dans les agissements qui l'entourent , c'est saisir la transformation des expériences « ordinaires » en phénomènes « extra-ordinaires », en raison d'une sensibilité particulièrement aiguë, en amont ou simultanément aux changements quelquefois comme « invisibles » des relations avec le monde des personnes.

I.3. Critère général des expériences subjectives et réajustement des procédés de recueil

Les subtilités de ce terrain sensible et leur impact sur la méthode développée sont telles qu'une présentation plus ample que d'ordinaire s'avère nécessaire, la méthode elle-même se constituant partie prenante du corpus analytique.

⁸ Cf. M. Merleau-Ponty, 1945, et J.J. Gibson, 1979, T. Ingold, 2000.

Si un type particulier de sensibilité au contexte relationnel immédiat, et ses hasards, peut être ainsi retenu comme caractéristique générale et majeure des expériences du handicap psychique, on comprend qu'une forme particulière de réciprocité, articulée autour d'une éthique de la reconnaissance interpersonnelle, soit au fondement d'une « relation d'aide » intégrée positivement dans les expériences subjectives.

C'est du jeu d'expressions émotionnelles, non contrôlé par les interlocuteurs de la personne sur la scène relationnelle, ou au contraire savamment mis en œuvre, que naissent la fragilité d'un lien social et la possibilité de sa rupture.

Le cadre d'observation du handicap psychique montre clairement que c'est l'identification positive ou négative du contexte et de ses protagonistes qui se trouve en amont de la variabilité des « capacités » ou « incapacités » manifestées dans le domaine de l'action, comme des compétences ou incompétences dans celui des relations. Par conséquent, il faut prendre soin de souligner les implications de cette « interdépendance » entre personne et contexte pour la définition même du handicap psychique compris comme « situationnel » : l'Autre social est inévitablement impliqué dans la fabrication du handicap psychique, de même que le caractère interactif et relationnel des expériences subjectives de ce handicap demande à mettre sous examen et à analyser les enjeux respectifs de tous les protagonistes.

Cette sensibilité « excessive » au jeu relationnel montre l'inadéquation de certains procédés de recueil de données habituels et comporte des risques pour le chercheur dont quelque « imprudence » quant à leur usage peut mettre en cause, aux yeux de la personne, un lien interpersonnel, fondé sur la reconnaissance de sa personne comme « sujet » d'une expérience unique et irremplaçable, et partenaire légitime d'un échange réciproque : ainsi un regard « observateur » trop appuyé, des questions sous forme d'interrogations directes, l'enregistrement des conversations, malgré un premier consentement font basculer la relation instaurée dans le cadre d'un régime des « personnes » dans celui des « choses »⁹, un basculement proprement insupportable, vécu comme une blessure intime.

⁹ Voir la notion de « personne » comme produit d'une opération de particularisation dont l'une des dimensions essentielles est « l'inqualifiabilité » : l'impossibilité de la réduire à des qualifications qui reposent sur des critères à la fois génériques, parce que communs à d'autres êtres et contingents, parce que susceptibles d'évoluer. Une caractéristique complémentaire est l'« insubstituabilité », l'impossibilité de mettre une personne en équivalence avec d'autres. Le régime des « choses » implique, à l'inverse, l'« interchangeabilité » et la « substituabilité » des êtres. Cf. N. Heinich, 1993.

L'exemple de X. est à cet égard particulièrement parlant. La prise de conscience « subite » de l'inscription de son expérience propre dans une « série » d'expériences « similaires », de sa transformation en donnée « objectivable » et « qualifiable » dans les termes d'une évaluation « scientifique », génère une forte crainte de « déparcialisation » d'une expérience qui reflète son « moi intime », et produit l'effondrement, durant des semaines, d'une relation vécue d'abord comme « interpersonnelle ». A l'expérience d'une position (mal vécue) d'« objet » de la recherche, il répond par un refus catégorique de toute parole et, emmuré dans le mutisme et la protestation muette, retire à son tour le statut de « sujet » à son interlocutrice.

Seul un lent « travail » de restauration du lien permet la continuité de la recherche à son égard, à partir d'une attention renouvelée et une disponibilité réaffirmée à maintes reprises, en même temps que le concours d'un « Autre significatif » (double positif, à l'intérieur d'une relation dyadique, facteur de soutien particulièrement efficace dans le cadre d'expériences du handicap psychique) et son plaidoyer favorable à la poursuite de ce qui devint alors un « projet commun ».

Le choix de prolonger la durée des séquences d'enquêtes, notamment au sein du SAS, fait suite à cet « incident », dans la reconnaissance de la nécessité d'une présence continue pour la construction et la consolidation d'un lien intersubjectif, toujours menacé de rupture définitive, si le chercheur venait à quitter prématurément le terrain relationnel.

Les résultats, inséparables d'une méthode fondée sur la relation interpersonnelle et un engagement réciproque requièrent de fait une « expérience commune » entre chercheur et personne, telle que le partage d'un même « langage » pétri de blancs et de silences, source et résultat d'une « compréhension » mutuelle au moment de regarder un même film, de lire une même revue, d'accepter des errances nocturnes dans la ville aux mêmes heures improbables, d'enjamber quantité de bouteilles vides, chaque soir, avant d'entrer dans une habitation doublement barricadée, bref d'évoluer dans les mêmes lieux et en même temps.

Il faut souligner, en effet, la nécessité d'aller au-delà d'une simple évocation des expériences subjectives dans un discours a posteriori, et explorer la base matérielle et concrète d'objets et d'actions insolites surgissant dans un monde quotidien contraint par une densité émotionnelle « extra-ordinaire », et mesurer ainsi la réalité d'un discours

référentiel, trop vite ramené à une « croyance » erronée alors même qu'il révèle souvent les aspects les plus « secrets » d'une identité éprouvée, tenue seule pour « vraie ».

Si bon nombre d'éléments de l'expérience subjective du handicap psychique et des efforts stabilisateurs quotidiennement renouvelés deviennent ainsi « compréhensibles » au sens littéral du terme, subsistent toutefois des aspects réfractaires à une communication intersubjective. Néanmoins l'attention aux choses minuscules de la vie quotidienne montre les multiples niveaux où « compréhension » et « incompréhension » opèrent en se bousculant, la compréhension à peine émergente retombant à nouveau dans une incompréhension qui laissera à jamais ouvert le sens « ultime » de ces expériences difficiles. Le défi, pour la personne comme pour le chercheur, est avant tout de faire naître l'intersubjectivité, et avec elle la possibilité de générer du sens à l'intérieur d'un monde vacillant menacé d'absence de sens et de légitimité, afin de produire une connaissance en engageant l'autre dans son interprétation.

L'approche du monde d'expériences des personnes rencontrées montre l'importance d'artefacts concrets, d'objets singuliers de valeur affective soigneusement conservés « chez soi » dans la production d'un discours confidentiel dans la sensation intime de se livrer à l'autre à travers ces « objets de soi » disséminés autour d'elles qui peuplent un univers domestique souvent pensé comme absolument « solitaire ». En tant que véritables présences incarnées, ces « objets-personnes » (Heinich, 1993) co-extensives à soi créent de fait un espace social apte à procurer, sous certaines conditions, un soutien efficace au moyen d'un mécanisme intime analysable, mobilisant les affects qui participent à la restauration et/ou au maintien d'une réalité positive.

Le recours aux objets apparaît ainsi comme un détour fructueux pour évoquer des détails intimes que la pudeur et la crainte d'un jugement péremptoire, jamais tout à fait abolie, font souvent taire, et procéder avec le chercheur à un retour réflexif sur les expériences personnelles éprouvées : grâce à eux, la personne ne s'exhibe point, ne parle pas de lui, mais de ses objets.

Notons que le mode de présence dans le partage de ces confidences est celui de la contiguïté, dans un rapprochement « affectif » autour de l'objet qui exige le respect d'une forme convenue : le « côte-à-côte », et non le « face-à-face » adopté lors du « colloque singulier » des séances d'écoute médicales et médico-sociales, toujours susceptible de faire naître la « gêne » d'une inconvenance personnelle rappelée comme par mégarde.

Véritables « caisses de résonance affectives »¹⁰, ces objets précieux et irremplaçables semblent bien avoir le pouvoir de (ré-)instituer au quotidien un Moi fragilisé au contact du monde social, par le pouvoir mutuel qu'ils exercent l'un sur l'autre, se modifiant l'un l'autre dans la plus étroite synchronie.

Leur valeur de conversion au sein de l'intériorité domestique des personnes « handicapées » réside moins en de quelconques qualités objectives de l'objet lui-même que dans le lien « sentimental », la relation intime avec leur propriétaire dont la force et l'efficacité se précisent, quand elle est nouée avec un seul objet, privilégié parmi les autres, unique et, par le caractère exclusif d'une telle relation singularisée, toujours quelque peu « suspecte » de « surinvestissement affectif », favorisant un glissement possible vers l'anormalité psychopathologique, « obsessionnelle » et « névrotique ».

Si l'objet unique bénéficie en effet d'une attention et d'un attachement qu'un jugement rapide qualifierait d'« irrationnels » et de « démesurés », c'est bien pour échapper à cette accusation latente qu'il est systématiquement dissimulé au regard indiscret, voire inquisiteur d'un visiteur extérieur (personnel médico-social compris) et gardé à l'écart dans quelque recoin « secret ».

Au chercheur n'est accordé l'accès qu'une fois rendue momentanément admissible dans le petit cercle confidentiel du « chez soi » à l'issue d'une rencontre interpersonnelle « réussie » : dépositaire d'une expérience « invisible » tacitement partagée, dont les destinataires concernés par le « secret », tels les éducateurs, sont paradoxalement exclus (Zempleni, 1996). C'est là le propre du « secret » qui en cela se différencie nettement de l'« intime », à caractère largement social et non privé (Dassié, 2010) : ce dernier fait consensus et peut être révélé à un tiers « extérieur », alors que le secret remet en cause une convenance, enfreint une norme de conduite, fait peser sur lui le soupçon du désordre social et, « inavouable », ne peut être confié qu'à un « égal » dont la menace de jugement négatif est écartée, à condition, toutefois, de demeurer « secret » et « invisible », de ne pas être divulgué publiquement « en dehors ».

C'est afin de respecter le désir d'invisibilité des personnes « handicapées », condition à laquelle certains de leurs secrets furent partagés, qu'au lieu de dérouler les « études de cas » initialement prévues, les données s'articuleront autour d'une série de configurations-types concernant leur relation au monde dans une variété de domaines de la vie quotidienne, auxquels cherchent à s'articuler les divers accompagnements dans les services d'aide.

¹⁰ Cf. P. Ricœur, à propos du corps, 1990.

Configurations communes à toutes les personnes rencontrées, malgré l'irréductible idiosyncrasie de leurs expériences de vie : quatre des personnes suivies dans le long terme nourriront plus particulièrement la matière analytique, exposée sous forme d'extraits susceptibles de conduire le mouvement analytique en illustrant un aspect retenu comme significatif des expériences subjectives du « handicap psychique » dans leur ensemble.

Un autre critère influe sur le choix d'exposition des données. Les niveaux d'expérience que révèlent les discours ne permettent pas de reconstruire un parcours biographique au sens où le biographique renvoie à une forme écrite et donc linéaire (Dassié, *ibid.*) : l'expérience vécue du handicap psychique ne s'articule pas à la linéarité ni à un agencement de « faits » objectivables de façon certaine, toute tentative d'inscription des expériences passées dans une temporalité construite et linéaire rencontre des vides, aucune chronologie fiable ne saurait en émerger, contraire à la logique d'un mécanisme intime entièrement déployé dans le présent.

C'est pourquoi, suivant en cela les personnes « handicapées » elles-mêmes, plutôt que de reconstruire des itinéraires individuels ou des récits de vie, sans début ni fin, l'analyse cherchera avant tout à cerner le « présent » des expériences, vécues « en situation » au cours de l'enquête, et de saisir au mieux la logique intime qui commande aux manifestations de leurs (in)compétences relationnelles.

Si les situations de « blocage » du processus relationnel, nombreuses au cours de l'enquête, sont instructives à plusieurs titres quant aux difficultés liées à l'expérience du handicap psychique, elles confrontent le chercheur à des questions éthiques difficiles que soulève toute recherche dans ce monde d'expériences traversé par des craintes, doutes et incertitudes perpétuels qui irradiant le monde perçu de ces personnes en souffrance et infiltrent leur relation à autrui comme à soi-même. L'approche adoptée a tenté d'éviter les écueils dans lesquels pourraient mener les méthodes qualitatives habituelles sur ce terrain délicat, sans toujours y parvenir.

Peut-on jamais justifier le questionnement direct d'une personne, si profondément immergée dans un monde d'une souffrance rarement totalement absente, sollicitée à mettre en mots ses inquiétudes et peurs pour le besoin de la recherche ? Les limites, par ailleurs, de cette démarche quant aux affects non représentés, au cœur de ces expériences, apparaissent rapidement, et le risque pour le chercheur d'injecter ses propres termes et son propre sens de cohérence y est particulièrement grand.

Comment décrire et analyser la souffrance d'autrui sans redoubler la violence vécue d'une violence interprétative, ancrée dans la position du chercheur « savant » ? Comment trouver un langage qui saura préserver les dimensions « extra-ordinaires » d'une expérience par maints aspects « ordinaire », sans pour autant tomber dans les pièges de l'objectivation et de ses éventuels effets stigmatisants ?

Questions de méthodologie et d'épistémologie à la fois personnelles et conceptuelles, éthiques et pragmatiques qui traversent en filigrane l'effort du chercheur pour comprendre ce que signifie de vivre dans le monde vacillant des expériences subjectives du handicap psychique, médiatisé par les normes et contraintes proprement culturelles, morales et politiques du jeu social.

I.4. Présentation générale des lieux d'observation empirique

Le cadre d'observation est fixé par deux structures d'aide et de prises en charge des personnes dites « handicapées mentales », SAS et FLE¹¹, toutes deux issues du milieu associatif.

Leur inscription dans un même territoire géographique, délimité par la sectorisation de la psychiatrie, rend leur comparaison à l'intérieur d'un même « bassin de vie » pertinente, les deux structures subissant les mêmes influences historiques (existence dans la capitale de la région d'un établissement spécialisé né de la loi 1838, devenu comme « naturellement » le siège des secteurs qui lui sont rattachés, et son influence sur le développement des structures alternatives à l'hospitalisation), les mêmes contraintes et obstacles juridiques (divers mouvements de redéploiement des moyens entre l'hospitalisation complète et les équipements extra-hospitaliers) qui influent sur la distribution géographique de l'implantation de l'ensemble des structures alternatives dont l'objectif principal, et but essentiel de la sectorisation, est d'accroître l'accessibilité des soins et prises en charge de la population concernée.

1. Le SAS, créé en 1979 est implanté en zone rurale (« arrière-pays »), dans une ville de 7000 habitants quelque peu en retrait de la capitale, desservie aujourd'hui par l'autoroute. Source de financement du Service d'Accompagnement et de Suite est le Département (Aide Sociale Départementale sous forme d'un budget annuel de fonctionnement), le service étant gratuit pour les bénéficiaires (personnes reconnues

¹¹ Pour les raisons déontologiques mentionnées, l'anonymat des services sera respecté.

handicapées et en possession d'une orientation par la CDAPH, Maison du Handicap), à la différence du FLE.

L'équipe pluridisciplinaire d'accompagnement est composée de 3 éducateurs spécialisés (2 hommes, 1 femme), de 1 assistante sociale, de 1 chef de service, de 1 psychologue et de 1 psychiatre, également psychiatre de secteur exerçant son activité dans l'hôpital de jour implanté dans la ville, au sein d'une équipe d'infirmiers temporairement en charge des activités « thérapeutiques » d'un nombre variable de personnes accompagnées.

Pour l'équipe proprement médico-sociale, en charge des 22 personnes accueillies (appelées « les adultes », hommes et femmes à parité sexuelle), l'appartement est considéré comme un « outil » efficace d'insertion en milieu naturel et signe présumé du degré d'autonomie : les usagers du service sont locataires eux-mêmes d'« appartements individuels privés » et largement tributaires de ce qu'implique ce mode d'hébergement : la solitude.

L'un des acteurs de terrain, le plus ancien de l'équipe médico-sociale du SAS dont l'existence remonte aux origines des structures d'aide, est témoin de l'évolution récente des « déficiences » et « handicaps » d'une population où, aux côtés des figures « attendues » (pathologies « classiques » : schizophrénie, bipolarisme, paranoïa, alcoolémie), on peut observer aujourd'hui l'apparition, en nombre croissant, de figures émergentes du handicap psychique, personnes en « souffrance psychique grave » (diverses formes de dépression, divers types de « stress » non résolus) et/ou arrivant dans le dispositif après « rupture biographique » (événements traumatiques).

2. Le FLE, créé en 1995 est situé en milieu urbain (capitale du département concerné, d'une population de 350 000 personnes), où il se déploie dans un quartier du centre-ville sur un périmètre de 100m rayonnant autour d'un bureau central localisé au sein de l'institution originelle de l'association (Foyer d'hébergement, Ato). Le principe du FLE consiste à accueillir une population de 32 personnes (hommes et femmes, à parité sexuelle, âgés de 18-60 ans) au sein d'appartements essentiellement collectifs (colocation de 2, 3 personnes), « capable » selon un nombre défini de critères d'intégrer l'un des 22 appartements dont l'association dispose actuellement.

Neuf personnes (1 chef de service, 8 éducateurs à parité sexuelle dont 2 AMP, 3 moniteurs-éducateurs, 3 éducateurs spécialisés) composent l'équipe

d'accompagnement, soutenue et orientée dans leur action par 1 psychiatre et 1 psychologue de l'institution.

Le mode d'hébergement, collectif à l'exception d'une personne « incapable » de supporter les contraintes inhérentes à la vie « en collectivité », même réduite, y est considéré, là aussi, comme un « outil » efficace d' « autonomisation » de la population, sous l'égide de l'institution qui est locataire des appartements : institution dite « aux murs invisibles », ce mode institutionnel de prise en charge se traduit par ailleurs dans l'appellation des personnes accueillies en termes de « résidents », à l'instar des usagers d'un Foyer d'hébergement.

La population accueillie, envers laquelle se déploie une prise en charge dite « légère » se caractérise par la nature hétéroclite des « déficiences » responsables des « incapacités » et « handicaps ». Si toutes les personnes perçoivent l'AAH (reconnaissance de leur « incapacité » entre 50 et 80%) et travaillent dans divers ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail), conditions pour leur admission dans la structure, elles n'ont pas nécessairement un passé institutionnel, à l'égal du SAS, ni un suivi médical et/ou psychiatrique (si nécessaire, le suivi psychiatrique, médical et paramédical est assuré par les professionnels libéraux de la santé) : pathologies psychiatriques « classiques » comme facteurs responsables des « handicaps » (schizophrénie, autisme, bipolarisme) côtoient des exemples de « dépression grave », associée, dans un autre exemple, à des troubles du comportement alimentaire (« obésité » comme facteur-clef des difficultés « relationnelles »). A la gestion collective des résidents en FOC¹² est censée succéder une prise en charge dite « réellement individualisée » des personnes, une modalité d'accompagnement pensée par les acteurs de terrain comme favorable à l'étayage des difficultés¹³, tout en favorisant le sentiment d'une « collectivité positive ». L'analyse cherche à préciser un tant soit peu quelques facteurs clefs qui pèsent sur les conditions de fonctionnement « réelles » au regard d'une population qui possède les caractéristiques nécessaires à l'examen des limitations et restrictions inhérentes à la définition du handicap psychique.

¹² Cf. M. Zimmermann, 2007.

¹³ Un « face-à-face » singulier favoriserait la reconnaissance des singularités individuelles des personnes.

II. Expériences subjectives et accompagnements en SAS

II.1. Unités d'observation et cadres d'expériences

Le SAS sous examen est l'une des 6 unités dispersées sur le territoire départemental, géographiquement en retrait par rapport aux autres, à la fois par sa situation limitrophe et son éloignement de l'établissement central (FOC, siège administratif, où réside l'équipe de direction). C'est ce qui explique la relative indépendance de l'équipe éducative (3 éducateurs spécialisés) quant à la planification des diverses modalités d'accompagnement au sein de domaines d'intervention pré-définis, et de la mise en place d'un réseau local de soutien, favorisé par l'interconnaissance de ses acteurs (divers partenaires sociaux et intervenants extérieurs : Tuteurs et curateurs, PMI-ASE, Justice, Services sociaux, Aides à domicile, Psychiatres, Hôpital Général, Médecins libéraux, Soins infirmiers, Structure caritative alimentaire), dont le but explicite est de créer une action de soutien commune.

Selon le projet institutionnel, « l'équipe n'a pas pour vocation de maîtriser la totalité de la vie de la personne » – les soirées et nuits de la semaine, de même que les WE sont laissés à l'initiative des personnes, les abandonnant à une autogestion –, « et ne prendra en compte que les éléments nécessaires et suffisants pour permettre au bénéficiaire de préserver son intimité. L'accompagnement a pour finalité de permettre au bénéficiaire de s'adapter au mieux au monde qui l'entoure, et non d'aménager le monde dans une réalité fictive (...) De manière générale, la structure doit tendre à faciliter l'accès à l'autonomie maximale accessible aux personnes ».

De sorte que l'accompagnement est conçu prioritairement en termes de « besoins fondamentaux » qui se déclinent dans les actes de la vie quotidienne. Deux grands axes s'en dégagent :

1. L'intégration sociale, décomposée en fonctions administratives (compréhension et rangement des papiers, assistance aux démarches, aide à la gestion financière et accompagnement pour l'obtention des droits), fonctions relationnelles (famille et proches, fonction de médiation et écoute), fonctions de conseil et d'accompagnements quotidiens (recherche, aménagement et hygiène du logement ; aide à la gestion de l'alimentation : courses et hygiène alimentaire ; suivi médical et accès aux soins, hygiène corporelle générale ; temps libre, loisirs et vacances).

2. L'intégration professionnelle (recherche d'emploi adapté à la situation, formation, stages ; relation avec l'employeur ou moniteur ; moyens de transport ; formalités administratives liées à l'emploi).

Il s'agit de domaines d'intervention définis par les acteurs du SAS comme autant de configurations-types, dans lesquelles s'exercent leurs compétences¹⁴.

Pour l'anthropologue, elles représentent autant d'unités d'observation, au sein desquelles elle peut explorer les expériences subjectives du handicap psychique, selon les versions qu'en produisent à la fois les acteurs de la prise en charge et les personnes concernées elles-mêmes (versions divergentes).

Ces configurations-types instituent pour les personnes un cadre d'expériences où s'éprouvent les modalités multiples d'une relation d'accompagnement (relations de service, de soutien psychoaffectif, d'éducation et d'apprentissage, relation d'aide). Mais elles ne recouvrent que partiellement des configurations formelles et récurrentes, caractéristiques d'une relation générale au monde qui traversent les expériences subjectives du handicap psychique et qu'une première approche explorera dans le chapitre suivant. Ces dernières s'articulent autour des dimensions tacites d'une expérience privée, vécue de manière « souterraine ». L'approche institutionnelle du handicap laisse en effet dans l'ombre des pans entiers d'une réalité subjective, peu compatible avec les exigences de ses principes d'action dont chacun implique une certaine définition de la personne, nécessairement limitative dans sa manière de délimiter a priori l'« acteur possible » auprès duquel elle agit.¹⁵

De manière générale, le champ du travail médico-social reste héritier de traditions conceptuelles diverses auxquelles il emprunte des fragments de savoir et d'idées que reflète l'action auprès des « bénéficiaires » : elles vont en droite ligne de la philanthropie et de l'hygiénisme à une forme de « culture psychologisante » et ses idées du « réalisme psychologique »¹⁶ et à celle d'une « culture sociologisante » et ses idées

¹⁴ Les besoins d'aide des bénéficiaires sont répartis selon ces catégories : 20 pour actes vie quotidienne, 13 pour hygiène, 18 pour suivi médical, 19 pour gestion financière, 19 pour dossiers administratifs, 15 pour emploi formation, 15 pour vie sociale, 17 pour relation aux proches.

¹⁵ Soulignons avec N. Dodier (1991) que l'action éducative, comme l'action médicale est limitative dans ses définitions de la personne, mais non « réductrice », au sens où elle trahirait une ontologie des personnes plus réelles que toute fiction. La définition éducative est nécessairement limitative, comme tout dispositif qui prend les personnes comme référent d'un discours et comme « objet » d'une intervention, et qui doit donc délimiter a priori les « acteurs possibles » auprès desquels elle agit. Dans certaines circonstances, toutefois, le modèle tend à devenir « réel », au risque d'introduire des éléments particulièrement nocifs dans les interactions sociales.

¹⁶ Version du « réalisme psychologique » qui proclame l'autonomie de la psyché par rapport au principe de réalité : évidence de l'inconscient caché et du comportement guidé par les émotions et « croyances » (« représentations mentales erronées »), le but étant de discréditer leur pertinence en vue d'une décision

d'une société considérée comme pathogène. Ces formes de savoir désignent diverses figures de « l'utilisateur » correspondant à autant de systèmes de valeurs professionnelles et de méthodes de travail : l'« a-social » (à redresser), l'« ignorant » (à instruire), le malade (à soigner), l'« inadapté » (à adapter), le « marginal » (à réintégrer), l'« autre » (à entendre)¹⁷. Sans jamais être formulées explicitement, il s'agit de postures éducatives observables au cours des actions concrètes des prises en charges et accompagnements dont les principes tacites sur lesquels elles s'appuient, pourraient être ramenés à une pluralité de registres imbriqués simultanément, aux carrefours de la clinique psychiatrique, de l'éducation spécialisée, de l'expertise médico-légale, de la médecine préventive et de l'écoute « psychologique » non formalisée. Le travail médico-social se prête ainsi à des entrelacs et montages composites sous-jacents dont on ne peut ignorer l'impact sur la qualité relationnelle instaurée avec les bénéficiaires du service.

II.2. Cadre spatio-temporel du SAS : exercice descriptif

Lieux communs de l'investigation anthropologique classique, les catégories de l'espace et du temps sont loin d'être des grandeurs caractérisées objectivement, simples cadres ou sortes de moules, dans lesquels se glisseraient les activités d'une structure sociale donnée. Elles apparaissent au contraire comme le répertoire d'un rapport social qui intervient activement dans le fonctionnement d'un lieu et s'impose aux acteurs sociaux – au personnel comme aux personnes « handicapées » – à travers l'inscription des valeurs du lieu : configuration spatio-temporelle, dispositifs sociaux et valeurs socioculturelles sont étroitement imbriqués.

Saisissons sommairement des inscriptions locales ce que le dispositif spatial matérialise d'emblée des façons de circonscrire et d'appréhender les bénéficiaires.

Pour le personnel du SAS, l'espace de travail prend de fait des formes et contours multiples et malléables : loin d'être cantonné au « bureau », siège central du SAS installé dans un quartier de la ville à proximité des autres services sociaux et administratifs, il se déploie de façon tentaculaire à travers l'espace urbain et extra-urbain, à la fois vers les appartements souvent vétustes du centre-ville, peu nombreux,

rationnelle et d'amener la personne à quitter le socle émotionnel de son expérience. Processus de psychologisation de la société qui transforme l'expérience ressentie en langage symbolique, rendant illégitime une expérience affective et émotionnelle n'existant que pour et par elle-même.

¹⁷ Si à maints égards, le travail de Jon, J., Tricart, J.-P., 1992, reste valide, il convient aujourd'hui d'ajouter à ces qualificatifs le « faible » ou « vulnérable » à protéger.

vers les locations, plus récentes et de type HLM, de la périphérie de la ville où est logée la majorité des bénéficiaires, et enfin vers les logements sociaux de ceux qui vivent dans les bourgs des alentours, tous régulièrement soumis aux « visites » du personnel.

Le « bureau », terme convenu pour désigner le service d'accompagnement, est installé dans une location au 4^{ème} étage d'un HLM qu'aucun signe extérieur, hormis une plaque discrète, ne laisse deviner comme tel. Les divers domiciles des bénéficiaires, logements sociaux comme le bureau, participent de fait à fabriquer la morphologie particulière de la « communauté » à prendre en charge : une population socialement déshéritée et précaire dont l'origine socio-économique présumée semble circonscrire l'uniformité d'un groupe prédéfini et faire du « handicap » un risque calculable... L'espace habité, pensé comme concomitant de la population à traiter, préfigure le type de personnes en « besoins » d'accompagnement, enfermé dès le départ dans des particularismes typologiques¹⁸.

La proximité de l'immeuble des autres services sociaux (antenne médico-sociale, MLI, protection à l'enfance) traduit dans l'espace physique du tissu urbain la volonté par le service d'une « mise en réseau » serrée, rapide et efficace des divers dispositifs déployés comme un « filet de sécurité » autour des personnes « handicapées », au sein d'un processus global pensé dans la continuité.

Installé délibérément dans les murs d'un appartement « ordinaire », au voisinage de locataires « normaux », le SAS cherche à souligner sa proximité à un univers domestique « familial ». Ses frontières internes, toutefois, visibles et invisibles démentissent rapidement le jeu des apparences, et font apparaître des contenus et enjeux propres aux acteurs professionnels dans l'appréhension des personnes « handicapées ».

Un examen rapide montre la surface totale de l'appartement distribuée en 5 pièces desservies par un couloir central : une cuisine, un « salon », 3 « chambres » transformées en « bureaux » respectifs des 3 éducateurs, annexées d'un WC et d'une salle de lavabos-douche. Seule la plus grande, le « salon », première en partant de l'entrée et à la porte souvent laissée ouverte, est explicitement réservée aux bénéficiaires. Si le mobilier apparente le « salon » visiblement à l'univers domestique et, à l'image de celui-ci, a pour fonction d'accueillir tout visiteur extérieur au cercle domestique, ses murs recouverts d'une foule de dessins, de peintures et d'affiches, attestant de quelque talent artistique de leurs auteurs, cherchent surtout à traduire

¹⁸ Un présumé persistant démenti aujourd'hui par l'amplitude socio-économique que prend le phénomène du « handicap psychique » qui s'affranchit des cadres sociaux et se retrouve aux deux extrêmes de l'échelle sociale.

l'appartenance des bénéficiaires à un lieu et un groupe « collectifs », guère éprouvée par ceux-ci.

L'espace du « salon » est nettement distinct des lieux sobrement aménagés, occupés par les éducateurs : une porte, régulièrement fermée interdit l'accès immédiat à ces pièces destinées à la fois aux tâches administratives et à l'accueil individuel des bénéficiaires, lors des séances de « tête-à-tête » hebdomadaires. L'appartement est ainsi sommairement divisé en 2 secteurs, sur lesquels règne un ordre social distinct tacitement respecté, l'un, « semi-public », abritant l'accueil collectif des bénéficiaires, l'autre, « privé », celles inhérentes aux divers traitements « bureaucratiques » les concernant.

Lieu le plus vaste de l'ensemble, c'est dans le « salon » qu'ont lieu les réunions d'équipe et diverses commissions concernant les personnes « handicapées », l'accès semi-public étant ordonné dans les faits par les horaires précis auxquels les bénéficiaires sont invités à s'y présenter.¹⁹ Malgré l'affinité domestique qu'il présente en termes d'apparence, de décor et de « familiarité » : on y accueille, on y discute, on y rit et on y prend du café, et malgré la possibilité indéniable d'y construire, avec la convivialité, les bases d'une intersubjectivité, le terme usuel de « bureau » qui sert à le désigner, l'inscrit dans un champ sémantique tout autre, dans la continuité du service dans son ensemble qu'une finalité sociale volontiers mise en retrait rapproche d'un univers proprement administratif.

Le déplacement des activités éducatives vers les domiciles qu'induisent les « visites » hebdomadaires, convertit l'espace domestique en espace de travail, transforme une « intériorité » privée en « surface » publiquement accessible, mise à plat et étalée sous les yeux, et la fragmente en unités d'inspection « objectives » soumises à surveillance²⁰.

Une définition en termes essentiellement d'hygiène et d'ordre – hygiène du logement, de l'alimentation et du corps – cherche à minimiser le caractère potentiellement intrusif de cette surveillance. L'action éducative se veut ciblée, et porte sur les dimensions les plus sociales de l'intimité domestique, celles qui fondent les conditions d'une vie quotidienne dite « ordinaire » communes aux membres de notre société. Avec la volonté explicite d'éviter de porter le regard contrôleur sur ce qui

¹⁹ Le respect des horaires est pris pour indicateur d'une capacité d'autogestion et d'autonomie d'une personne.

²⁰ Cuisine, salon, chambre, WC et salle de bain, de même que les éléments matériels qui les composent : sols et fenêtres, réfrigérateur, placards et poubelles, armoires et commodes, panier à linge et tube de dentifrice...

trahirait une biographie individuelle et « singulière », au sens de bizarre et d'insolite, afin de garantir le « respect le plus grand de l'intimité » de la personne « handicapée ».

Une quotidienneté jamais donnée, mais chaque jour instaurée autour de quelques points centraux, chaque matin recommencée à travers les multiples micro-gestes, menus, anodins, insignifiants, profondément inscrits chez l'homme « ordinaire » dans le corps, sans avoir à les penser²¹ :

Se laver avec du savon, se sécher avec un linge propre, mettre ses chaussettes, son collant à l'endroit, enfiler un sous-vêtement avant le vêtement, mettre le bol sale, la vaisselle utilisée dans l'évier ou le lave-vaisselle, le ranger au bon endroit, essuyer le dessus de la table pour enlever les miettes du déjeuner, vider les poubelles qui débordent, jeter les boîtes de conserves à la date périmée, faire son lit, ranger seuls les vêtements lavés dans l'armoire, remplacer une ampoule défectueuse, régler le chauffage, éteindre la lumière en partant, donner une forme convenue aux cheveux et se raser proprement avant d'affronter la vie « extérieure »...autant de gestes par lesquels l'homme « ordinaire » reconstitue les bases d'un système d'ordre et de rangement qui, malgré leur modestie apparente, (re-)créent les fondements même d'un monde ordonné et « civilisé ». Rappelons que le principe même de la socialisation a toujours consisté à « mettre de l'ordre, à partir d'un point, de l'univers environnant »²², l'axe fondateur de cet ordre étant le foyer, autour duquel s'opère la mise en mouvement coordonnée du corps, des choses et de la pensée, et que s'inscrivent les gestes élémentaires et fondateurs ordinairement ancrés au plus profond du corps, dissimulant leur importance vitale dans la banalité de ses automatismes et « habitudes ».

L'univers domestique des personnes « handicapées » révèle aux yeux du personnel, souvent au premier coup d'œil jeté, les signes immédiatement visibles des « manques » d'une socialisation inachevée ou brisée, foncièrement défailante dans l'absence des « habitudes » et gestes quotidiennement refondateurs qui ont pour but de dessiner une frontière ontologique fondamentale : tapisseries dégradées, nudité des murs ou au contraire décorations (jugées) « fantaisistes » et foisonnantes, accumulation (jugée) « exagérée » d'objets « inutiles » (car leur « sens » échappe), désordres et « chaos » (car l'ordre implicite n'est pas perçu), négligences et saletés (selon l'opposition binaire : saleté/propreté dont l'hygiène est la traduction actuelle), « défauts » d'éclairage (l' « ombre » et le manque de lumière, parfois recherchés, étant

²¹ Voir la théorie de l'action ménagère de J. Cl. Kaufmann, 1997.

²² Cf. A. Leroi-Ghouran, 1965.

proscrits)...autant de signes matériels révélateurs du « manque », précisément, des inscriptions corporelles et « incorporations » nécessaires au maintien d'une vie quotidienne « ordinaire ». A la charge du personnel éducatif l'instauration, à travers « apprentissages » et étayages divers²³, d'un cadre spatio-temporel peu malléable, mais aux vertus dites « thérapeutiques », car « repérant » qui semble faire défaut aux personnes « handicapées » à des degrés divers, « incapables », pour des raisons ignorées, de reconstruire seuls les « bases solides » du monde et de soi. Il appartient au personnel d'en organiser les rythmes socialisants en même temps que d'en garantir le maintien dans la durée par une surveillance régulière.

Notons un premier mécanisme implicite dans l'appréhension des personnes « handicapées », et son impact potentiel sur les expériences subjectives, que le détour par l'espace domestique permet de cerner. Au cours des visites à domicile, la perception répétée, par le personnel, des mêmes « insuffisances » (saillances) rend l'environnement domestique des personnes « handicapées » plus ou moins homogène et tend ainsi vers une forme de généralité qui fait passer un lieu inédit pour un lieu « connu », comme « déjà vu ». Les insuffisances de l'un renvoient aux manques de l'autre : espace et personne se reflètent comme dans un miroir grossissant, d'une objectivité rassurante, l'incertitude face aux personnes « handicapées », aux difficultés « invisibles » dont on ignore l'origine ou la cause, n'étant jamais totalement dissipée. Perçu comme « caractéristique », le domicile des personnes « handicapées » offre ainsi une prise solide non seulement au repérage des incompétences et incapacités, mais à un jeu d'identification et de validation proprement substantielle d'un certain type d'être, à travers une série d'inductions instruites par l'observation : une personne caractérisée par des « déficits comportementaux » évidents, car visibles ; une « personne handicapée » objectivement constituée par les propriétés de l'espace matériel qui l'entoure, et fondée ainsi sur l'assurance instruite d'être telle que l'on l'appréhende. Type d'être ainsi caractérisé, avec lequel il est possible, par conséquent, d'organiser un certain type de relation, dominé par les paradigmes éducatifs à l'œuvre dans les divers apprentissages des gestes du quotidien²⁴.

²³ Aide ménagère, service repas à domicile, laverie automatique.

²⁴ La notion d'identification, chère à l'approche développée par Ph. Descola, 2004, parcourt le champ de l'expérience des acteurs et doit être retenu ici comme première, privilégiant les termes sur les relations dont la combinaison produit le social. « Avant d'organiser ses relations avec les êtres du monde, il s'agit en effet d'abord de savoir quel type d'être ils sont ». L'identification, au moyen de la perception, est donc une tendance qui se déploie dans un gradient allant du « je » à « l'autre », et qui s'appuie pour cela sur les coordonnées fondamentales de l'intériorité et de l'extériorité. Ibid.

L'action pragmatique au domicile d'une personne « handicapée » est une action dirigée sur un espace-type révélateur dont le découpage en zones d'intervention décomposables semble avoir pour corollaire involontaire, dans le champ de l'expérience de la personne « handicapée », de dénouer les liens singuliers et sensibles qui l'unissent à son lieu de vie et font la force du possible soutien d'un « chez soi ».

De la même manière, les modalités spécifiques de l'intervention éducative déployées en vue de la socialisation ont pour risque d'ébranler les conditions de « familiarité » avec l'environnement immédiat, en introduisant des abstractions – que ce soit sous forme de conseils appuyés ou d'instructions impératives – qui éloignent sensiblement d'un monde intime et de ses objets, divisés qu'ils sont en composants objectifs et « objectivés » dans l'expérience immédiate de la personne « handicapée » elle-même²⁵.

Elles introduisent dans le même mouvement des valeurs qui s'imposent comme des normes extérieures et s'articulent autour des principes d'ordre et de propreté mentionnés. Valeurs renforcées par un encadrement institutionnel qui non seulement « objective » les gestes à accomplir afin de rendre l'espace conforme, mais les convertit en modèle à atteindre, au risque de produire chez la personne « handicapée » des émotions particulièrement fortes, quand l'écart trop visible avec les exigences de la norme fait l'objet d'un jugement immédiat, vécu comme une critique « personnelle »²⁶. Foncièrement corrélés, le jugement de l'espace domestique (lieu de vie) équivaut à un jugement de la personne elle-même.

Les expériences subjectives rendent compte de ce risque majeur issu d'une posture dite « professionnelle » lors des visites à domicile.

Bon nombre des personnes « handicapées » se sentent régulièrement privées, après la visite, d'une quotidienneté définie essentiellement par la proximité et la familiarité d'un univers co-extensif à soi, support potentiel décisif et « souche fondatrice » de leur rapport au monde... séparées d'un contexte ambiant potentiellement protecteur qui les enveloppe de manière sensorielle et sensible, par l'écran normatif

²⁵ Les « injonctions » éducatives concernant les objets du monde de l'intimité corporelle, bien plus structurant d'un univers « familial » que les éléments émanant de l'esprit, les reconstituent en effet en tant qu'« objets », au sens littéral d'obstacles, *objectus* : « ce qui est jeté à travers », et, malgré la « routinisation » des visites, risquent de perturber la relation palpable, directe et « adhésive » avec les objets du quotidien qui assurent au « réel » sa cohésion et sa solidité...notamment ceux qu'un usage très personnel extrait de la banalité et de l'insignifiance d'un fonctionnement « ordinaire », et qu'un jugement extérieur met à distance en y jetant le doute...

²⁶ Le fait que la perception du degré de l'écart, et ainsi de l'incompétence constatée, peut varier selon l'éducateur n'y change rien : la situation d'évaluation, critique pour la personne « handicapée » et source de désarroi, quant à elle, demeure invariable.

érigé par le dispositif éducatif. Et l'observation empirique les montre bien ainsi : momentanément dépossédées du « chez soi », comme du sentiment du « chez soi » qui devra y être associé pour être efficace, abandonnées seules, comme « perdues » sur la scène, sans plus de points d'appui autour d'elles pour ressaisir le sens de leur présence dans cet univers qui n'est plus le leur²⁷...

Et pourtant, la visite à domicile n'est que rarement refusée.

C'est parce qu'elle est pensée par l'institution comme une réponse adéquate au « besoin » même non exprimé, prégnant et bien « réel » en cas de crise, de la majorité des personnes « handicapées » pour retrouver les « bases solides » d'un monde auquel il s'agit d'impulser de façon répétée les gestes et rythmes ordonnateurs en édictant, ou rappelant, les normes et règles de la vie quotidienne, qu'elle est suggérée de manière insistante au moment de l'admission d'une personne au SAS. Et la personne en situation acquiesce, souvent sans mots dire, par un simple hochement de la tête, ou un haussement d'épaules.

Nous verrons que les raisons de cet acquiescement, contraire, souvent, à une volonté intime, résident dans une configuration particulière élucidée plus loin, à laquelle une analyse en termes uniquement d'organisation « psychique » de l'individu ne saurait rendre justice. C'est bien du monde relationnel et de ses aléas que surgissent des situations de confrontation critiques pour la personne « handicapée » qui mettent à jour une tendance partagée à la « peur » de déplaire, à produire des efforts souvent considérables pour bien faire et répondre aux attentes d'autrui. La perception chez autrui d'une remise en cause ou d'informations contraires sur sa personne, au sein d'une relation dissymétrique, possède un effet désorganisateur non seulement sur la situation présente, mais sur la vision même du monde, du sens de sa présence et de sa contribution ; signifie un déni ou un désaveu de reconnaissance, avec ses conséquences démobilisatrices immédiates : céder aux mouvements de déception, suivis de découragement et de perte d'élan. En situation de désaccord ou de conflit dans un monde social « éloigné », la personne « handicapée » n'ose pas contredire, par peur de contrevenir, a tendance à ne pas riposter, à ne pas argumenter, comme si elle avait par avance capitulé sur la scène sociale. Elle ne s'opposera jamais vraiment, en restera, peut-être, à un mécontentement dissimulé derrière une indifférence affichée sans faille,

²⁷ A moins qu'un mot, un geste viennent redresser la situation et inverser le mouvement de la chute subite dans une sorte d'apesanteur, nous y reviendrons. L'acceptation, dans un premier temps, de leur univers domestique « tel qu'il est », à l'image d'elles-mêmes, sans y apposer le sceau de la critique semble être la condition pour y introduire d'éventuels changements.

mais ne s'affrontera pas, n'insistera pas et se désengagera, avec la sensation d'être « perdue » et d'avoir perdu toute énergie vitale.

A l'inverse, dans un monde social « proximal » dominé par l'échange intersubjectif et le lien (potentiellement affectif) accessible à sa perception, tout interlocuteur qui montre de l'intérêt pour sa « personne » suscite son attention, sa confiance, l'envie de s'exprimer et de se faire comprendre : l'origine intersubjective de l'engagement dans la relation est indéniable.

Il ne s'agit pas de réactions psychologiques individuelles, mais d'un socle d'expériences commun de la peur et de ses effets (de même que des réponses « ordinaires » qu'il est possible de lui apporter : la fuite ou l'affrontement)... des peurs multiples, plus précisément, que peuvent éprouver les membres de notre société sous la menace des contraintes culturelles, économiques, politiques, éthiques, mais qui chez la personne « handicapée » saturent toute l'expérience, et prennent souvent la forme d'un mode de vie.

L'acceptation, souvent à contre-cœur, des visites à domicile doit être comprise à partir de ce préalable.

L'éclatement de l'espace de travail en de multiples fragments se poursuit au-delà des domiciles : les divers accompagnements du quotidien au cours de la semaine – lors des courses alimentaires hebdomadaires dans les supermarchés de la ville, d'achats divers pour le logement, des visites médicales dans les cabinets libéraux, des R.V. au Pôle emploi ou à la MLI, des activités de loisirs en médiathèque, en salle de sport ou, très rarement, au cinéma – transforment le tissu urbain en grand chantier médico-social en y introduisant les principes implicites qui régissent le travail éducatif et y orientent et réglementent les conduites à tenir. Les accompagnements en ville ne se font pas pour autant au hasard et quadrillent la ville en dessinant des trajectoires bien définies et quasi-immuables autour de quelques lieux centraux, toujours les mêmes, aux mêmes jours de la semaine et aux mêmes heures, dans la rencontre des mêmes personnages, autant que possible, dans un monde social rendu comme transparent et prévisible.

Puissant instrument d'orchestration corollaire du dispositif spatial, un cadre temporel précis enserme les accompagnements du quotidien et l'aide potentielle qu'ils visent, en imposant aux bénéficiaires comme au personnel du SAS des horaires de « bureau », alignés approximativement sur les horaires des diverses administrations du réseau d'aide local. L'ouverture du SAS du lundi au vendredi, de 9H – 12H, 14H30 – 19H30, limite aux jours ouvrables de la semaine l'accès à ses services, ce qui exige des

bénéficiaires la « capacité » à se confronter seuls aux « temps vides » laissés en creux par cette organisation spatio-temporelle spécifique qui distingue le SAS des autres structures d'accueil.

Premier indicateur dans l'évaluation de l'autonomie, la « capacité » d'une personne à vivre « seule » dans son logement est en effet la condition d'accès au SAS et le critère central de ses facultés d'autogestion dont la progression est évaluée comme « positive » au fur et à mesure que les divers étayages mis à disposition afin de la soutenir diminuent (aides techniques et humaines : de l'aide ménagère à la fonction de médiation des relations avec le monde extérieur). C'est avant tout la « capacité » et la disposition d'une personne à supporter le « face-à-face » avec elle-même²⁸ et les moments de « solitude » associés à une vie auto-centrée et autonome qui serait, du point de vue institutionnel, à la fois source et conséquence des compétences à soutenir sur le plan relationnel et social.

Une permanence téléphonique, assurée au siège de l'association à 50 km du SAS sous examen, cherche à pallier à l'absence d'ouverture le soir et les WE. Un recours peu utilisé cependant, car aux yeux des bénéficiaires, une communication à distance avec un « inconnu », un « étranger » anonyme ne saurait se substituer au contact direct avec les figures « familières », à défaut d'être « proches » des éducateurs lors des moments de détresse... La personne reste livrée à elle-même et, en cas d'urgence médicale notamment, n'a d'autre choix que de se tourner vers un « Autre significatif » (membre de la famille, ami, Autre social proche : buraliste, voisin souvent âgé etc.), de recourir, le cas échéant, aux n^{os} d'appel d'urgence « ordinaires »²⁹, ou, le plus souvent, de traverser seule les moments de « crise » ou d'accès de douleur, en attendant lundi³⁰.

²⁸ Il s'agit moins ici d'une question de « comportement » que d'expérience du rapport à soi, nécessairement influencée par le rapport à autrui.

²⁹ Le 15 : SAMU, le 18 : Pompiers... initiative et engagement dans l'action effectifs, si l'expérience passée a trouvé une issue positive par la présence d'un interlocuteur bienveillant.

³⁰ Au cours de l'enquête, une personne a succombé à une crise d'épilepsie déclenchée le WE –elle semble être due au retour imprévu d'un membre de la famille dans le champ de l'expérience- malgré la proximité physique, au proche voisinage, de l'ex-épouse... La responsabilité lui en est imputée : refus de médication et pratique d'alcoologie. Telle autre doit ses WE de détresse à des crises d'asthme rapprochées, survenant dans les faits autour d'un projet de déménagement, crises renforcées par un sentiment aigu d'abandon. Telle autre, lors d'un accès « subite » de mélancolie, avec idées suicidaires associées –là encore, un événement singulier semble être à l'origine de la crise : menace de perte d'un Autre significatif – trouve accueil au domicile d'un des éducateurs qui ouvre son champ d'action professionnelle à l'une des pratiques « interstitielles » observées : en offrant son n^o de téléphone personnel à ce bénéficiaire, il lui offre indéniablement un lien interpersonnel qui opère comme une « bouée de sauvetage ».

L'organisation temporelle du SAS, en limitant l'accès à ses services dans le temps, pèse sur les possibilités d'expression des « demandes », (in-)formulées par les personnes « handicapées » à partir des difficultés rencontrées au cours d'une existence journalière, et traitées par les éducateurs selon « l'urgence » qu'elles présentent à leurs yeux et le temps qu'il leur est possible d'allouer.

Issue de cet encadrement temporel restrictif, surgit une rhétorique de l'efficacité, avec au centre la mesure d'un temps foncièrement socialisé et « objectif », baromètre qualitatif de l'aide apportée. Toute action éducative, extraite du flux d'expériences subjectives, possède un début et une fin calculables et chacune, avec ses temps de parole et d'écoute, doit pouvoir se glisser à l'intérieur d'une temporalité pensée en termes de crédits et de débits, de temps « alloué » ou « perdu » dans sa mise en œuvre : la lenteur d'une réponse s'oppose ainsi à l'efficacité, en termes de rapidité, des effets recherchés par une mesure éducative, sa « réussite » témoignant du respect des limites temporelles tout en prenant la mesure de la relation temporelle entre les diverses séquences d'action qui n'est pas sans influencer sur la perception même des « progrès » accomplis par une personne « handicapée ».

Composante fondamentale des prises en charge actuelles, une idéologie de la continuité se fait jour au moment précis où les actions éducatives se trouvent fragmentées en séquences, au sein d'une pratique « collective » d'équipe.

Rarement, en effet, un bénéficiaire est accompagné et suivi par le même éducateur qui assurerait la stabilité relationnelle nécessaire à la qualité intersubjective de l'aide apportée au cours d'un évènement.

Le procédé d'alternance produit une réponse médiante et différée dans le temps à une situation souvent éprouvée dans l'urgence émotionnelle, au-delà d'un simple désir³¹... avec pour conséquence dans le champ de l'expérience le sentiment difficilement écarté de ne pas « compter », d'être « sans importance », déclenchant un mécanisme d'auto-condamnation farouche.

La perception des pressions et contraintes spatio-temporelles objectives qui s'exercent sur le fonctionnement quotidien du SAS sous examen varie selon l'engagement personnel d'un acteur dans sa pratique professionnelle et des enjeux liés aux circonstances du moment et aux protagonistes en présence. On observe en effet l'introduction d'une souplesse dans l'organisation formelle du SAS décrite jusqu'alors,

³¹ Il s'agit de ces « calamités ordinaires » qui menacent de défaire la maigre maîtrise de « ce qui importe le plus », et font flancher le sentiment même de soi... et des efforts redoublés pour subsister dans un « monde d'incertitude et de danger ». Cf. Kleinman, 2006.

favorisée par l'éloignement géographique qui le fait échapper à un contrôle direct et quotidien par la direction. Des pratiques interstitielles se font jour dans les creux des mesures professionnelles elles-mêmes, les reléguant sur un plan « théorique », des libertés prises à l'égard des protocoles officiels se glissent dans les brèches ouvertes par le déplacement des frontières entre vie professionnelle et privée, opéré « en situation » sur initiative « personnelle » d'un éducateur. Elles n'apparaissent pas seulement comme solutions alternatives à des contraintes réglementaires perçues parfois comme contre-productives, mais comme des façons singulières de reconstruire les caractéristiques mêmes d'une temporalité « subjectivée » et d'un espace de travail reconverti en lieu d'expérience et de vie³².

Ainsi reconnaître que les horaires de « bureau » puissent bousculer une temporalité propre aux expériences subjectives des personnes « handicapées », structurée autour d'une difficulté « présente », spécifique et immédiate - il s'agit toujours d'un événement singulier et unique qui structure un domaine d'expérience toujours vécu au présent, et en cela même nécessairement différent de celui d'hier ou de demain, malgré la « chronicité » de son apparition -, c'est accepter de contrevenir à une organisation temporelle « bureautique » qui possède une forme de monopole sur le temps d'autrui, le place dans un temps radicalement différent du temps propre et exige de lui d'adapter ses particularités personnelles à un cadre temporel « indifférent » à l'urgence de ses demandes. De fait, le temps est une présence tangible dans les interactions personne « handicapée »-éducateur, une composante essentielle du concept de personne, et chercher à déjouer les implications d'un pouvoir inégal par l'aménagement des horaires autour du temps « subjectif » de la personne « handicapée », c'est réintroduire une subjectivité spécifique que la rhétorique éducative souvent lui refuse. Qu'un éducateur témoigne d'une forme de « respect » face à une temporalité propre, par le déplacement des R.V., la cessation d'une activité en cours ou par l'attente patiente que la personne « handicapée » soit « prête » à se confronter, déterminera l'issue de la rencontre et, au-delà, induira avec le temps une « confiance » difficilement accordée.

De la même manière, accepter le moment propice pour pénétrer au domicile de la personne, sur un signe d'invitation, d'abandonner une « surveillance » selon l'urgence « ressentie », car non-exprimée par la personne « handicapée » pour en

³² Le « lieu », à l'opposé de l'« espace » foncièrement anonyme, se caractérise par un sujet, une relation, une histoire. Voir M. Augé, 1994.

préservé l'accès, quitte à contrevenir aux termes mêmes du contrat d'accompagnement, c'est redonner à l'espace de travail sa dimension personnelle de « lieu de vie », en évitant de briser la continuité des liens sensibles qui les unissent, et lui conserver ses propriétés protectrices potentielles.

L'observation montre l'importance décisive d'espaces intermédiaires, dans les moments où la personne « handicapée » se trouve « prise » dans les événements et les dangers qui la menacent: des espaces ni domestiques ni institutionnels (lieux « publics » à l'écart : recoin de café, marchand de journaux, cage d'escalier, banc public en retrait, mur d'une ruelle, voiture personnelle), comme de « techniques relationnelles », pétries de tact et de retenue, qui quittent la tonalité professionnelle de l'échange, propre à une relation asymétrique et offre une présence, indispensable, sous forme de réciprocité...quitte à faire momentanément l'impasse sur les orientations et directives issues de la hiérarchie.

II.3. Commission d'admission et fabrication d'une personnalité-type

Des réunions bi-mensuelles réunissent tous les acteurs de l'équipe pluridisciplinaire du SAS (1 chef de service, 1 psychiatre, 1 psychologue, 3 éducateurs), au cours desquelles sont redéfinis les objectifs, conçus comme dynamiques et évolutifs, des actions d'accompagnement auprès des 22 « bénéficiaires », au moyen d'outils divers selon les compétences professionnelles de chacun.³³

Au cours de l'enquête, 3 demandes d'admission ont donné lieu aux commissions d'entrée qui ont décidé de l'« adhésion négociée » au SAS de 2 personnes, en même temps que 2 sorties (1 déménagement, 1 décès subit) ont maintenu en équilibre la capacité d'accueil du service.

La commission d'entrée se présente comme une situation de jugement-type où se construit, à travers les expertises médicales et éducatives, la « réalité » des troubles d'une personne, où sont « objectivées » ses « capacités/incapacités », dans le but de

³³ Diagnostics divers : évaluations, expertises, définition « objective » et mise en adéquation entre demandes, besoins, missions, en fonction de la situation familiale, sociale, professionnelle et médicale des personnes dont 9 sont sous curatelle, 11 sous curatelle aggravée, 1 TPS, 1 demande en cours. 2 travaillent en milieu ordinaire, 9 en milieu protégé (ESAT), 3 en recherche, 1 en service de jour, 7 sans activité. 14 ont un appartement en ville, 7 en bourg, 1 isolé. 15 vivent seuls, 5 en couple, 1 en famille, 1 en famille d'accueil. 12 ont un revenu par travail, 18 par AAH, 1 par pension invalidité, 1 par Assedic, 2 par retraite. 18 personnes sont médicalement suivies, dont 9 relèvent de pathologies psychiatriques « classiques ».

définir ses « besoins » et ainsi de circonscrire le domaine d'action pragmatique du SAS. Elle offre à l'anthropologue l'opportunité de saisir les opérations de traduction des « signes » représentatifs d'une « réalité subjective déficiente », à l'origine, du point de vue institutionnel, des « handicaps » de la personne dont la dimension « psychique » apparaît à travers l'appréciation d'une « personnalité-type » (ses particularités mentales et comportementales, ses habitudes). Aux côtés d'un savoir explicite qui opère au sein d'un travail de la preuve, les divers experts en situation (psychiatre, psychologue, éducateurs) ont recours à l'observation implicite de signes et manifestations qui affectent les sens de l'observateur tout en échappant à une exigence interprétative, et orientent de manière significative la catégorisation des personnes sans engager celui qui observe dans un travail de rationalisation de ses sensations. Si ces signes dont il paraît difficile de dire avec assurance s'ils relèvent d'une réalité ordinaire ou d'un trouble (« difficulté » ou « incapacité »), en absence de ce que pourrait en dire la personne concernée elle-même, sont passés sous silence, l'observation conjointe de ces « objets invisibles » inscrit de fait une partie de l'évaluation du handicap psychique à l'intérieur d'une expertise « culturelle » où s'enracine un regard social fondé sur des prémisses proprement culturelles.

Cherchons à détailler les éléments concrets de cette perception sociale du handicap psychique, partagée entre les acteurs de la prise en charge, à travers une rapide mise en scène de ses protagonistes.

En amont de la commission elle-même, il convient de mentionner une séquence d'action entièrement en charge des éducateurs qui procèdent à une première appréciation du postulant lors d'une ou de plusieurs rencontres au sein du SAS, afin de « prendre la température » et de jauger la « problématique » de ce cas particulier.

La présence ou l'absence des parents, à cet égard, ou de tout autre membre de la famille, de même que les attitudes ouvertement émotionnelles du futur bénéficiaire à leur égard, seront pris pour indicateurs du degré de dépendance ou d'indépendance « psychologique » supposé du candidat, et servent d'instruments de mesure de son « état psychoaffectif », sans que cette évaluation prenne en compte le contexte immédiat et ses dimensions sociales – les protagonistes présents – dans l'émergence des émotions et des affects de la personne.

Sous l'influence du discours psychiatrique, ce premier relevé des données s'apprête avant tout à reconstruire sommairement la trajectoire individuelle de la personne et formuler une « histoire du cas » : il s'agit de saisir dans le passé les indices

des troubles actuels, le temps biographique ne servant que dans la mesure où il détermine les « symptômes précoces » d'un « handicap » inscrit ainsi dans la durée.

Faut-il rappeler avec R. Barrett (1998) que c'est l'idée de chronicité, directement associée à celle de la durée qui détermine la nature plus ou moins sévère des troubles dans la conception psychiatrique classique ? Plus qu'une référence au passage du temps linéaire, le terme de « chronique » est synonyme de « gravité » et, associée en tant que « qualité » à la catégorie du « handicap » renforce les notions d' « incurabilité » et de « détérioration » qui constituent, aujourd'hui encore, le noyau dur des idées psychiatriques sur la maladie mentale et ses conséquences.

Les éducateurs se prêtent au cours du relevé à un exercice d'anamnèse empreinte de ces idées : parmi les informations, souvent livrées par les accompagnateurs, surgissent les « problèmes » de la personnes convertis en « troubles » qui ne sont plus seulement localisés dans des « difficultés » spécifiques et immédiates, mais dans une biographie où le passé informe et envahit le présent. Les notes prises à cet égard sont essentielles et participeront à orienter le « regard », au sens de « perception immédiate », porté au cours de l'admission sur les troubles manifestes dont la nature de « handicap » sera bien souvent confortée.

La séance d'admission est fixée le jour Y où le futur bénéficiaire se présentera seul. Procédons à la description de la scène :

Dans le salon sont réunis les principaux protagonistes : les 3 éducateurs, le chef de service qui présidera la commission, la psychologue et le psychiatre, assis en cercle autour de la table basse. Le candidat – prenons l'exemple de X –, venu avant l'heure³⁴, attend dans le couloir d'être convié dans la pièce, et l'attente se prolonge, au-delà de l'heure fixée, les conversations informelles entre les membres de la commission allant bon train. Et avec l'attente, l'angoisse de X augmente, sans « ressource » devant l'imprédictibilité contingente de l'événement sur lequel il ne possède pas d'informations suffisantes pour en faire une synthèse et anticiper la « présence » à construire : si le contenu lui fut présenté en termes de « rencontre » de l'équipe pluridisciplinaire du SAS, il est resté dans l'ignorance absolue de son « enjeu » : son admission, et de la situation d'évaluation qu'elle suppose, comme il ignore les modalités de son déroulement et les « compétences » qu'il aura à engager face à un comité élargi...

³⁴ L'« hyper-ponctualité » quant à l'heure de rendez-vous fixée apparaît comme une attitude partagée par de nombreuses personnes « handicapées » qui arrivent bien souvent avant l'heure par crainte de « rater » le rendez-vous et de « déplaire »...

L'impact de cette attente angoissée, de 5-10 minutes, à laquelle il ne peut s'extraire –le contrôle, par le dispositif, sur ce temps est total et exige un degré de « patience » et d'obéissance comme insignifiant tant il est trivial – ne peut être négligé dans l'examen des manifestations à venir.

Quelqu'un l'appelle : « Monsieur X, svp. », lui ouvre la porte, et il franchit le seuil d'une grande enjambée, comme après une respiration profonde, avant de se confronter à ses interlocuteurs, prié de prendre place dans le cercle sur une chaise légèrement avancée vers le centre, face au chef de service, le psychiatre placé de profil, les notes des éducateurs en mains qu'il est en train de lire.

X est entré le dos modeste et, apercevant l'assemblée, s'arrête, mord ses lèvres comme pour mieux réfléchir, s'assoit au bord de la chaise indiquée et se tourne, dans un élan « spontané », vers l'homme à ses côtés, le psychiatre qui visiblement est d'importance dans l'assemblée, comme pour le saluer... l'esquisse du geste est nettement arrêtée lorsque celui-ci lève la tête et le toise longuement, considère sans répondre le visage offert, le regard comme mort sous le masque social de ce qu'est l'homme « considérable » dans notre culture. X cherche à faire quelque chose de son propre corps « subitement » devenu atrocement encombrant, frappé dans sa présence physique soudainement comme rabaisée, impossible à effacer, enfouissant en lui-même la gêne, la honte dorénavant collées à sa conscience de soi.

La performance non-verbale de ce geste refusé est grand, il creuse d'emblée un fossé, crée physiquement la distance sociale entre inégaux, de même que le regard qui a traversé « l'objet » de l'évaluation imminente établit réellement la distance entre les corps et la rend pour X physiquement insurmontable. Ce qui se passera sur la scène sociale semble pour X déjà contenu dans cette brève action du corps du psychiatre qui offre un maximum d'efficacité communicative pour un minimum de déplacement des éléments : rien ne semble avoir changé sur la scène sociale... pris qu'il est d'emblée dans un champ de tension purement postural et visuel, d'une efficacité redoutable sur tout espace social traversé d'inégalités politiques, économiques et morales qui s'incarnent dans des figures, postures et genres et vont jusqu'à prendre racines dans les fondements sensoriels et sensibles d'un être. Echange fugace qui pour X sera au cœur de l'événement³⁵ : d'emblée méta-communicationnel, il intervient non seulement comme mesure de l'écart que produira la communication verbale à venir, mais comme déclencheur d'un mécanisme sensoriel, émotionnel et cognitif qui prend sa source dans

³⁵ Le travail de V. Nahoum-Grappe (1998) sur l'échange des regards est ici particulièrement éclairant.

la marque profonde, la blessure cuisante laissée dans le corps de X par cette courte action sociale, un corps éprouvé dans toute son « infériorité » qui érige un mur comme infranchissable autour de lui pour toute la durée de la scène, voire au-delà.

X., jeune adulte aux cheveux légèrement grisonnants, aux vêtements sobres, mais témoignant discrètement d'une recherche (trop ?) appuyée pour les ajuster aux codes vestimentaires de sa classe d'âge, est une personne que l'apparence physique semble mettre d'emblée en position d'inégalité dans l'échange, compensée par une grande politesse : de grande stature et large d'épaules, d'une corpulence imposante, quoique d'une posture très légèrement voûtée, à la figure douce et puérile qui donne l'apparence d'une honnêteté désarmante, la perplexité et la timidité de ses gestes et attitudes contrastant étrangement avec son corps solide. Les traits de son visage sont comme brouillés par la fatigue et dissimulent mal les marques laissées sur la figure par un manque constant de sommeil. Son langage qui laisse deviner un niveau d'études et d'éducation intellectuelle tout à fait « ordinaire », souffre pourtant d'une prononciation quelque peu « brouillée » lors des grands émois : embarrassé, il avale ses mots, son langage devient peu audible, se précipite et son débit trop rapide exige la répétition susceptible d'accentuer rapidement un malaise grandissant envers son interlocuteur du moment.

D'emblée, la dissymétrie dans les manières qu'ont les divers protagonistes de construire leur présence sur la scène se révèle dans les postures, dans les regards, celui, appuyé obliquement, de l'homme « supérieur » qui témoigne d'une légitimité supposée du droit d'évaluer visuellement autrui, annexé du balayage vertical évaluateur de l'autre comme une « chose », celui, en revanche, lancé par X comme une interrogation respectueuse, comme « enfantine », venant d'« en bas », d'un niveau « inférieur », d'une position sociale immédiatement perçue comme « faible », déphasé qu'il se sent être sur la scène d'une confrontation inégale (comme d'un « combat » aux allures agonistiques pour lequel X ne semble pas posséder les armes). D'une importance capitale pour la personne « handicapée », les enjeux de ce type d'échange silencieux, situé en amont, en aval ou pendant toute la durée de la communication verbale, ne peuvent être saisis que sur la sphère du présent qui entoure l'action « réelle » comme son ombre et constitue de manière générale le temps « quotidien » dans lequel s'inscrit toute perception et toute anticipation d'un futur immédiat, la suite des événements étant associée à l'efficacité de ce jeu non-verbal de la communication.

Pour X, le salon devient rapidement un lieu social « négatif » lorsqu'il se sent devenir le point de mire d'un infernal jeu de regards et de questionnements qui le contraint à détourner ses yeux du point d'orientation « menaçant » venant d'en face, à affecter de regarder ailleurs, vers le plafond ou un coin de la pièce, à baisser enfin ses paupières et regarder le sol, ramené « en bas », remis « à sa place », « inférieure »...

Sa disposition dans le cercle l'a mis en effet « face à face » avec le chef de service, une position qui implique naturellement, c'est-à-dire mécaniquement que les yeux de ces deux sujets se croisent, même un temps très bref, et dans cet échange exactement réciproque, ils perçoivent mutuellement les « évidences signalétiques » de positions sociales que tout oppose, dessinant deux profils nettement distincts :

Ainsi son vis-à-vis porte sur son visage les traits physiologiques caractéristiques d'une « personnalité » socialement convenue, une physiologie prononcée par un port de tête « hautain », aux sourcils foncés énergiquement tracés sur un front moulé, par le dessin net des tempes, le menton volontaire, le dessin de sa bouche et des commissures des lèvres qui donnent une expression de fermeté, le regard posé sur autrui d'un air décidé qui dit la conviction face à une quelconque adversité et annonce une « virilité » prête au combat. Un faciès de la décision a priori qui promet la densité d'une présence, l'intensité dans la communication... les traits comme définitivement enfermés dans la définition d'une « forte personnalité » qui impressionne (au sens sensoriel) et frappe la vue, et entrent dans l'interprétation potentielle qu'un partenaire social peut faire d'un « caractère marqué » immédiatement « reconnaissable ». Élégamment, mais simplement vêtu, ses mouvements traduisent sa « personne » : rapide, contrôlé, assuré, à l'apparence parfaite de la précision et de l'efficacité. Compétent et consciencieux, le chef de service garde quelque chose de distant, de formel dans son maintien et sa posture, quoique la tension de ses yeux hyper-alertés, l'intensité de son expression semblent parfois étrangement « sans contenu »³⁶.

L'évidence de cette « intense personnalité » dont les traits physiologiques et comportementaux soulignent la différence, précisent l'identité, constituent une intensification visible, « a priori » de la particularité individuelle, comme à l'inverse l'évidence du profil de X, en tous points opposé et comme prédisposé à recevoir un jugement collectif contraire, s'offre ainsi « à première vue », et provient d'un jugement social dont l'efficacité ne dépend pas d'un « savoir ambiant », d'un quelconque contenu

³⁶ Il s'agit de fait d'une douleur intime, inavouable liée à une lutte constante pour garder le contrôle sur soi et sur les événements, face à la douleur de l'autre, dans une expérience de concernement déconcertante. Voir chap. II.4.10.

sémantique mais d'un « spectacle » consensuel sur la scène du présent. La construction de cette évidence, dans une perspective de phénoménologie sociale, comprend une constellation de signes (« saillances ») et d'images associées à la force ou à la faiblesse supposées, l'invulnérabilité ou la vulnérabilité convenues, socialement reconnues dans l'imaginaire d'Occident qui s'appuient sur un dispositif de normes et de significations dont l'ensemble constitue la culture contemporaine.

Poursuivons. L'échange verbal débute, sur un ton explicatif, avec la présentation, par le chef de service, de l'institution, des modalités générales de son fonctionnement, instruit le futur bénéficiaire de ses droits et devoirs et glisse rapidement vers un jeu de questions-réponses pour s'enquérir auprès de X de ses attentes, en même temps que de le solliciter pour formuler ses « besoins ».

Devant les hésitations de X et un silence de plus en plus prolongé, le chef de service interrompt subitement son questionnement et, d'une manière directe et un peu brutale pose la question suivante : « Savez-vous pourquoi vous êtes ici ? » X répond par un hochement négatif de la tête et, percevant le rapide coup d'œil échangé entre tous les « experts »³⁷, unanimes sur la teneur à accorder à cette « réponse ». X s'avance un peu plus vers le bord de sa chaise, ses mains tremblantes se crispent, leur sudation devient abondante, sa respiration, mal contenue, se prononce, et de la « confusion » commence à se lire sur son visage. Un « petit mot » plaisant lancé par l'un des éducateurs tend à désamorcer la « menace » contenue dans instant fugace et dont il ressent confusément l'impact sur X et, une fois l'attention sur cet infime événement dissipée, crucial pour le jugement à venir, il réoriente pour un temps la discussion « entre experts ».

Au fur et à mesure que la séance avance, la posture du corps de X change, le ton de sa voix, déjà peu assurée, se modifie, sa gestuelle devient saccadée, perd la fluidité des mouvements assurés, la coloration de sa peau alterne entre pâleur et rougeur. L'air de plus en plus sombre, les traits de son visage s'altèrent, le regard d'en dessous devient farouche, des gouttelettes de sueur à peine perceptibles apparaissent sur son front et toute sa physionomie comme engourdie se fige. Ses yeux, baissés vers le sol ou tendus au loin, deviennent fixes et immobiles et X finit par répondre par syllabes, d'un même ton monotone, sans même plus lever la tête parfois et, en apparence, sans plus s'inquiéter de son entourage. Sur sa face fait place bientôt un manque absolu

³⁷ Soulignons avec V. Nahoum-Grappe que le coup d'œil est ce mouvement du corps qui va au plus près de l'« idée », au sens non théorique du terme : la vitesse d'un coup d'œil étant celle d'une « pensée », parfaitement en accord sur le plan phénoménologique, c'est-à-dire celui éprouvé « d'habitude ». Ibid.

d'expression, sans plus aucun reflet de ses sentiments intimes, tout juste autour de la bouche et du nez une trémulation légère.

Le psychiatre intervient peu dans la communication verbale, prend des notes au cours de l'échange, lève la tête de temps à autre pour vérifier un détail, montre parfois même des signes d'ennui, comme pose donnée à voir lors qu'une séquence se prolonge un peu « trop » et cherche finalement à faire préciser, d'abord auprès de X auquel se substitue rapidement l'un ou l'autre des éducateurs, un événement « majeur » de son parcours sur lequel prendra appui son évaluation psychiatrique. Il s'agit d'un événement retenu par les éducateurs dans les notes prises lors des premiers entretiens, à l'origine de la perte d'emploi de X en milieu « ordinaire » quelques mois plus tôt, tout entier contenu dans un geste : embauché chez un boulanger, X., de manière répétée, avait « oublié » de mettre du sel dans la pâte à pain... « faute professionnelle » sanctionnée par le licenciement, selon la version « officielle » (qui est celle du patron, X n'ayant que faiblement défendu son point de vue auprès de ses parents). L'« oubli » récurrent, de plus en plus fréquent, des choses du quotidien est précisément en train de devenir l'un des « problèmes majeurs » de X, selon la version des parents, à l'origine de la demande d'accompagnement par le SAS auquel est confiée la constitution du dossier administratif (déclarations diverses auprès de la MDH, certificat d'expertise médicale, demande d'allocation AAH).

Devant le mode de communication « hésitant », puis le silence de X de plus en plus pesant et la non-formulation, par conséquent, des « faits » demandés, les interventions des éducateurs se multiplient, livrent des détails biographiques, expriment ses « souhaits » supposés.

La situation fait émerger un point sur lequel il faut brièvement insister, et qui concerne les modalités d'engagement en conversation et leur jugement par les experts, allant bien au-delà des difficultés individuelles de X, compromettantes pour un échange dit « normal ».

En effet, le jugement ne concerne pas tant le « contenu » que le rythme et la modalité de prise de parole (comme par ailleurs de la décision de la prendre) par X et les personnes « handicapées » en général, toute disparité ouvrant une gêne plus ou moins sensible : l'agacement souvent mal dissimulé devant celui qui « prend son temps », montre une lenteur « inacceptable », impose des silences qui distillent de l'impatience ou de l'ennui, ou au contraire manifeste un débit trop rapide, rend difficile une attention prolongée et la qualité de l'échange subit immédiatement un jugement de valeur qui

impose le « bon usage » de la parole, conditionné par « l'alchimie du silence »³⁸ relevant de la « compétence » de communication d'un individu. C'est bien la répartition et la durée du silence qui provoque une gêne mutuelle, l'usage différent de la pause entre les prises de parole donnant lieu parfois à des malentendus. D. Le Breton rappelle bien à ce propos qu'il existe des pratiques différentes de la langue, avec ses pauses plus ou moins longues culturellement codifiées, interprétées comme des situations où se repèrent les disparités (ici émotionnelles!) de l'Autre à l'égard de soi-même, suscitant des jugements de valeur de ceux qui manifestent d'autres rythmes. Une pause plus longue au cours de l'échange verbal, un tour de parole qui n'engrène pas aussitôt sur le silence de l'interlocuteur désarme et projette une image négative que X partage avec beaucoup d'autres de ses « semblables », facilement corrélée à la figure de la personne « handicapée », susceptible d'être perçue, selon les circonstances, comme « passive, renfermée, inhibée, sans discussion, arriérée, non-coopérative et anti-sociale ». Il existe, à l'inverse, la figure de la personne « bavarde, envahissante, nerveuse, agitée et agressive » qu'à nouveau, les écarts trop grands manifestés par rapport à la conduite conversationnelle « normale » (c'est-à-dire « culturelle ») sont négativement jugés, ce qui provoque en général un « mutisme » total et l'arrêt devant toute action. N'est pas pensé dans ces écarts l'impact du jugement (anticipé et) porté sur ce qui devient une composante du « handicap psychique ».

Une dernière séquence de la scène mérite attention.

Au cours de l'entretien, X se trouve sollicité par son vis-à-vis à présenter et à défendre un « projet de vie » dont la formulation sert de seuil au jugement par l'audience de sa « capacité » à produire une consistance, une unicité et une intégrité dans ses idées, en adéquation avec un point de vue général « cohérent » et « réaliste » sur le monde qui l'entoure. X est placé ainsi dans la position « extra-ordinaire » de la personne « handicapée » d'avoir à produire une auto-évaluation « rationnelle », formelle et opérationnelle – et à travers elle, de faire preuve de sa « capacité » de jugement du « réel » ! – de ce qui se place dans un domaine non-rationnel de la pensée et relève d'un registre d'expérience qui ne saurait être évalué en termes d'une adéquation comparative : les idées (sur soi et le monde) forgées dans le cœur qui prennent leur source dans une forme de discours « de l'âme », sont toujours « émergentes », le sens qui naît d'une saisie du monde d'abord sensible est en perpétuelle construction, X est continuellement en quête, dans l'environnement immédiat, des messages

³⁸ Cf. D. Le Breton, 1997.

« émotionnels » sur ce qu'il faut présupposer ou valoriser d'une situation, sur ce qu'est d'être « telle » personne en ce lieu et comment s'allier à l'autre... la compréhension de son expérience de vie, confrontée quotidiennement à une série d'adversités : souffrances affectives, « accidents », problèmes d'ordre somatique et difficultés d'ordre pratique qui changent de « nature » par leur impact émotionnel particulièrement grand, doit changer de « cadre ». La personne « handicapée » est installée dans un régime de vie particulièrement éprouvant dont le prix à payer en termes de contraintes existentielles est élevé et qui ne saurait être approché en termes « ordinaires ». Comment tracer d'avance les lignes d'une vie installée dans un monde d'action et de relation en perpétuel changement, à partir d'une conscience « aiguë » du peu de maîtrise sur le cours des événements³⁹ ?

X, d'une voix atone, fait entendre qu'il souhaite retrouver un « travail normal » en milieu ordinaire. Au psychiatre, cette fois, un signe de désapprobation aux coins des lèvres, de l'avertir sur les « risques », pour lui, d'un monde du travail où il verrait ses « oublis » se multiplier, et avec eux, les expériences d'« échec » inévitables, au risque d'aggraver sa « problématique » actuelle. Un milieu « ordinaire » exige en outre de savoir s'imposer (et imposer ses choix), de prendre ses responsabilités en assumant les conséquences d'un tel choix qui suppose, entre autres, les « capacités » à faire face à l'échec et à le surmonter...des qualités sur lesquelles le psychiatre jette tacitement le doute par un changement d'intonation et une fin de phrase laissée ouverte comme un trou béant. Dorénavant X ne prononcera plus un mot, il restera muet, avec une faible esquisse de sourire désemparé qui signale encore une présence minimale sur la scène relationnelle.

Le psychiatre, devant le spectacle d'inaptitudes offert par X, avait pris, à cet instant, la décision de ne pas suivre la « demande » de X jugée comme « non-réaliste » et susceptible de causer des dommages bien plus grands pour sa santé mentale que la « frustration momentanée » de voir ses aspirations « personnelles » compromises, les dommages étant traités comme des écarts infranchissables entre « désir personnel » et « réalité »⁴⁰; une mesure de « protection » qui cherche à prévenir un mal-être futur jugé

³⁹ Il n'est nullement apparent, par ailleurs, que l'esprit individuel abandonné à lui-même cherche consistance et intégrité parmi ses idées. Le développement d'un « point de vue » semble être relié à des processus communicatifs variés dont les fondements interpersonnels sont pour la personne « handicapée psychique » indispensables.

⁴⁰ On considère que la personne « handicapée », une fois ses « incapacités » validées, aura un « travail de deuil » à faire d'une « normalité », autant de personne que de conditions de vie, « définitivement » hors d'atteinte.

inévitable, en intervenant directement dans le domaine des « souhaits », des intentions personnelles et des désirs qui dessinent une zone d'intimité à laquelle sa décision d'expert « professionnel » refuse de s'accorder. Une décision qu'aucun des divers interlocuteurs de la scène ne prétend contredire sur le moment, tant l'interprétation du « spectacle » fait consensus.

Un « objet médical », surtout, fournit au psychiatre l'appui « objectif » sur lequel bâtir son argumentation selon les principes d'expertise : l'oubli et les pertes de mémoire considérés comme « déficiences cognitives » que le psychiatre peut faire entrer dans une liste de troubles pathologiques dûment recensés et qui lui permettent de qualifier la situation selon un tableau clinique codifié, sans avoir à penser les répercussions de sa décision sur un parcours, une « carrière » individuelle, une expérience « singulière » de vie, puisqu'à aucun moment de son évaluation, il aura cédé à un quelconque mouvement « subjectif ».

C'est le jugement final de « débilite légère », associée aux « déficiences cognitives », qui vaudra auprès des diverses audiences comme « preuve médicale » de l'état de santé mentale de X, et confirmera son statut de personne « handicapée ». Le contrat d'accompagnement, signé le lendemain en présence du personnel éducatif seul, reflétera le résultat d'expertise par l'inscription de ses « incapacités », retraduites en termes de « besoins », dans la quasi-totalité des rubriques.

L'évaluation qui s'attache a posteriori à un « objet médical » comme critère objectif, efface du compte-rendu l'origine du jugement⁴¹, porté avant tout sur des comportements faits de visibilité et de pesanteur en termes d'interaction sociale, malgré la rapidité des messages implicites perçus, envoyés et reçus par les divers protagonistes : les signes visuels, gestuels et méta-communicationnels, d'une importance cruciale pour le « faire social », frappent directement les sens tout en échappant au registre interprétatif et évaluatif. Ce qui s'est « réellement » passé sur la scène reste opaque et échappe à son inscription sociale : l'origine intersubjective des « difficultés » éprouvées par X peut être immédiatement défaite dans l'espace social où l'échange a eu lieu⁴².

⁴¹ Le procédé est en tout point semblable à celui des expertises médico-administratives dans le champ de la médecine du travail, analysé par N. Dodier, *ibid*.

⁴² L'observation montre que sur d'autres scènes semblables où intervient un jugement social, quel qu'en soit le « cadre », un mouvement quasi imperceptible de dilatation de la pupille accompagné d'un haussement léger des sourcils et d'une esquisse de sourire « complice » offert comme une invitation à la relation a le pouvoir de convertir le comportement « menaçant » du partenaire social en celui d'un lien social positif... avec pour conséquence le déploiement par X de « capacités » d'action et de relation inattendues.. Il s'agit bien ici d'un jeu social non verbal de communication et d'échange, où la question du pouvoir concerne le corps, la perception et les affects des protagonistes qui jouent leur partie sur la

Arrêtons ici la description de la scène, à traits à peine forcés pour analyser plus avant les procédés de construction des versions psychiatrique et éducative du « handicap psychique » et leurs implications potentielles pour les expériences subjectives éprouvées.

Ainsi une expertise proprement « culturelle » est à l'œuvre dans l'évaluation des « troubles » et « incapacités », et révèle un cadre de références implicite, partagé entre psychiatre et équipe médico-sociale⁴³, où une attention particulière est accordée aux éléments corporels et sensibles dans l'établissement « différentiel » des handicaps. Toute une sémiotique du corps participe activement dans les processus d'identification à visée à la fois clinique et pragmatique, et rappelle que dans toute société, des règles tacites codifient les façons d'être présent aux autres. Codes d'autant plus prégnants qu'ils restent non-énoncés, et dans lesquels les personnes « handicapées », comme malgré elles, introduisent d'emblée une dissonance, perturbent déjà dans leur tenue, leurs attitudes, leur façon de porter leur corps, les processus identitaires personnel et social qui assurent la cohésion du monde « ordinaire ».

La lecture immédiate, par les divers experts, des signes à même le corps révèle une perception « culturelle » qui est sous-tendue par la conviction que le corps de la personne « handicapée » exprime ce qui se passe « à l'intérieur » : il est la surface de visibilité qui fait défaut au phénomène du « handicap psychique » et, pour cette raison même, possède une vertu pragmatique particulièrement grande : déceler le degré de gravité des dépendances, prévoir un protocole de prises en charge, formuler un pronostic à l'égard des possibilités d'amélioration de l'état de la personne.

Les enjeux des uns et des autres dans l'identification des troubles et incapacités ne sont toutefois pas les mêmes.

Pour le psychiatre, l'enjeu est l'évaluation « à coup sûr » des troubles pour savoir s'il s'agit d'une personne « handicapée » ou non, et d'en rechercher la « cause » (l'origine) en termes de phénomènes pathologiques « typiques », au travers d'un ajustement serré des signes vers l'objet médical qui témoigne de façon certaine de l'existence d'une déficience, à l'origine du handicap. Son expertise est dominée par un travail de la preuve médicale qui saura appuyer ou confirmer l'orientation délivrée par la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées).

sphère du présent, analysables en termes anthropologiques et irréductibles à des données purement « éthologiques ».

⁴³ La psychologue, nouvelle dans le service, est restée volontairement en retrait de la scène.

Dans ce processus, l'attention à la sémiotique culturelle du corps montre la prise en compte implicite de la présence sensible de l'autre comme de soi-même, mais celle-ci reste au service d'une lecture dite « objective » de la morbidité, toute perception « personnelle », tout mouvement « subjectif » étant exclus de l'approche théorique formulée comme un processus à la 3^{ème} personne⁴⁴.

C'est par l'intermédiaire des résultats d'identifications antérieures, accumulés par les éducateurs que le psychiatre découvre l'objet médical –l'oubli comme conséquence d'une déficience cognitive et d'une altération de la mémoire – qui établit « objectivement » l'existence d'un ordre de réalité incompatible avec les situations-types auxquelles la personne « handicapée » aura à se confronter dans le monde « ordinaire ». Mais ce sont avant tout des signes entrevus « in vivo » à la surface du corps, premiers dans la construction du regard médical porté sur la personne « handicapée » qu'il déduira des « contraintes intérieures » indépassables, auxquelles son savoir psychiatrique lui donnerait accès : une « débilité légère » irréversible comme cause du handicap, source des troubles de la communication et du comportement observés « in vivo » et à l'origine des « incapacités » constatées empiriquement ou déduites de l'observation empirique. Les bases de l'action éducative sont ainsi posées, ses zones d'intervention théoriquement définies⁴⁵.

La version éducative procède, quant à elle, à l'identification d'une « personnalité » aux traits structurels plus ou moins caractérisés⁴⁶ comme « cause objective » des « incapacités » réelles ou présumées, se manifestant à des degrés divers et selon un ordre de réalité variable. Elle diffère partiellement de la version psychiatrique au sens où elle tente de séparer la « personne » de la maladie – à toute manifestation perçue comme « psychopathologique » dans les comportements répondra une réorientation vers les « professionnels » de l'équipe transdisciplinaire, en charge de la traiter – , tout en cherchant à définir les « caractéristiques mal adaptées de la personnalité », en fixant, à travers elles, les contours d'une « subjectivité défaillante »,

⁴⁴ Il s'agit d'un processus qui n'implique en rien d'établir une relation interpersonnelle: le psychiatre interviendrait dans la maladie comme dans un « événement » ou une « chose », au travers d'un corpus de savoir, formel et stabilisé, posé comme un écran entre lui et la personne.

⁴⁵ L'inscription des difficultés de X dans son « expérience subjective » montrerait un ordre de réalité très différent : derrière la « débilité légère » opère une « hyper-émotivité » et une souffrance ressentie sur la scène des interactions, une émotion intense éprouvée dans le jeu des relations, en amont du comportement et de l'action visibles, X cherchant refuge derrière les paupières baissées, associées à la honte ressentie devant son « incapacité » à clarifier les attentes sociales et à s'y conformer, glissant progressivement vers une paralysie dont, à défaut de trouver un appui chez autrui, il ne « sait » stopper le cours... Voir chap.III.3.

⁴⁶ Une « structure de personnalité dépendante ».

(sans jamais prendre en compte qu'elles puissent être initiées ou exacerbées et par les relations au sein desquelles la personne se trouve placée et par les attentes du système institutionnel et sociétal.) La perception d'une personne « marginale », supposée d'un type de « personnalité » aisément troublée et « bloquée », s'attache à repérer une constellation de manifestations essentiellement comportementales⁴⁷ et de traits affectifs « typiques », reliés entre eux dans un ensemble « organisé » et retraduits en « incapacités ».

Une perception sociale de surface est à nouveau à l'œuvre qui des phénomènes concrètement observables, immédiatement visibles à même le corps et culturellement convenus, déduit, sans aucune référence explicite encore une fois, des traits caractéristiques d'une « personnalité-type » sujette aux dépendances diverses dont chaque personne « handicapée » serait une variante individuelle. Il s'agirait d'une personnalité dépendante et en besoin, car « sans confiance en soi », souvent psychologiquement immature, timide et effacée, farouche et aisément impressionnable, facilement en « perte de contrôle », « déboussolée », d'humeur dépressive et instable, inhibée et indécise, hésitante et sans initiative personnelle, remplie de maladresses diverses et facilement fatigué, solitaire et isolée, repliée sur elle-même et fermée à la communication, d'un niveau d'élaboration et de compréhension intellectuelle faible malgré une intelligence variable, d'une élocution laborieuse, d'une grande nervosité et sans mémoire, craintive et fuyante, peureuse et « faible », sans armes de protection ni ressources « internes »... mais attachante et « brave », d'une honnêteté souvent désarmante, comme exposée « nue » aux hostilités du monde social, figure à protéger...

Le principe pertinent dans le tri opéré parmi les manifestations apparentes, pathologiques ou non, est celui du « faire » – la personne sait (peut) faire, ne sait (peut) pas faire, et d'une manière prédictible : ne saura pas s'exprimer, communiquer, se confronter, relever un défi, se battre, évaluer, anticiper et organiser, choisir et agir en conséquence, de façon « raisonnée », etc. – l'expérience de la personne « handicapée » étant circonscrite de manière pragmatique par les catégories d'intervention du service.

A partir de cette perception conjointe des « capacités/incapacités » d'une personne « handicapée » se trouvent définis ses « besoins objectifs » selon un modèle largement standardisé auquel toute personne « handicapée » est rapportée, à défaut de formuler elle-même ses propres besoins.

⁴⁷ La référence au behaviourisme de Skinner est constant et sert ici de principal instrument d'objectivation.

On rencontre ici le problème difficile de la définition des « besoins » par l'extérieur, avec pour difficulté majeure pour les acteurs professionnels de terrain l'absence, fréquente mais non systématisée, d'une définition des besoins par la personne elle-même. Soulignons à cet égard qu'à défaut d'autodéfinitions, les définitions sociales font des « besoins » objectifs la base de leur système de prise en charge. Le procédé de définition institutionnelle s'inscrit dans un cadre de pensée implicite où l'individu est supposé avoir une relation à soi « objectivée » (définition objective et auto-induite des besoins et attentes⁴⁸)... La non-formulation des « besoins subjectifs » semble provenir du fait que nombre des niveaux d'expérience engagés dans l'expérience d'une « vulnérabilité psychique » et des difficultés éprouvées sont avant ressentis et non pas « pensés » par les personnes, non par « incompetence », mais par l'une des caractéristiques mêmes de l'expérience du handicap psychique où l'essentiel semble se jouer dans les « affects » et strates « sensibles » de l'expérience de la vie sociale... ce qui pourrait contribuer à expliquer l'absence fréquente d'une demande d'aide de la part des personnes concernées.

Force est de constater que dans les expériences subjectives, de nombreux « besoins », formulés par la personne en termes de « demandes » ne sont pas reconnus comme tels. Souvent la demande ne perd rien du caractère impératif, urgent, vital d'un « besoin » dit « primaire », toujours défini par un tiers et surgi des circonstances immédiates d'une existence journalière régie par une souffrance latente, et cherche une « réponse » en termes de balancier émotionnel. S'il est du devoir « professionnel » du personnel de répondre à un « besoin objectif », la « demande », quant à elle, est subtilement manipulable⁴⁹ et « subjectivée », peut être destituée de son socle existentiel. De sorte que seule une demande « réaliste » recevra une réponse « professionnelle ».

Poursuivons notre réflexion. La définition sommaire qui saisit la personne « handicapée » comme un faisceau de propriétés et de qualités a pour but de fonder le champ d'action possible auprès des bénéficiaires : elle est non seulement destinée à coordonner l'action avec des êtres rendus en quelque sorte « anonymes », mais permet en même temps de prévoir (idéalement) et de contrôler leur comportement dans l'action, écartant d'emblée, en quelque sorte, toute nécessité d'un commerce de proximité. Il s'agit d'une définition simplifiée, plus « agie » que formant un discours représentatif

⁴⁸ On s'aperçoit à l'observation que les mécanismes sous-jacents à l'œuvre dans la fabrication du handicap psychique sont déclenchés en-deçà du seuil de la conscience.

⁴⁹ Cf. R. Castel, 1981.

explicite (horizon idéologique) qui, contredite bien évidemment dans l'action quotidienne, participe à créer la dynamique du lieu. Stabilisée toutefois, car apparemment confirmée à travers ses actualisations répétées au quotidien, elle introduit à la « routinisation » des pratiques éducatives « professionnelles », avec les risques de « clôture » en termes de rencontre interpersonnelle, que celle-ci comprend.

Le procédé s'inscrit simultanément dans un régime de justification qui cherche à asseoir, en même temps que le bien-fondé des « incapacités », celui du dispositif d'aide lui-même (légitimation de l'assistance et de l'accompagnement).

Définir l'« objet » d'interventions à travers la perception d'une série de phénomènes entièrement désobjectivés, revient à thématiser la nature sui generis de la personne « handicapée » comme radicalement « Autre ». C'est par le critère de l'« Autre » dont la formulation en termes de « différence » cherche à atténuer la radicalité, que le « handicap », une fois assigné, se trouve opérationnalisé comme point de non retour qui départage les modalités de l'expérience humaine dont certains aspects sont ressentis confusément comme (trop) semblables. Dans le jeu d'identifications de la personne « handicapée psychique », toujours incertain et jamais totalement assuré, la mobilisation de l'altérité possède une fonction d'autoprotection qui restaure une frontière Soi/Autruï et conforte une identité « personnelle » dans les circonstances où elle se sent menacée⁵⁰.

La fabrication d'une « personnalité-type », figure pensée comme prédisposée et porteuse du « handicap psychique » s'oriente à une définition large du concept de « personne » en cours dans notre société, qu'elle prend comme instrument implicite de mesure, avec au centre la « rationalité » et l'action « raisonnée » promues en conditions nécessaires, au voisinage de plusieurs autres conditions jugées comme également indispensables qui s'imbriquent et font système⁵¹.

Une personne est un être décrété rationnel, un être dont on interprète et prédit les comportements en fonction des états psychologiques qui en seraient les raisons (c'est-à-dire un être envers lequel on mobilise d'instinct notre théorie de l'esprit), un être pourvu de langage, disposant d'une forme spéciale de conscience : une capacité à la

⁵⁰ Faut-il rappeler que l'altérité est avant tout une caractéristique de la conscience humaine plutôt que d'une réalité objective, tout ou presque pouvant être perçu comme « autre », une fois abstraits des circonstances, des conditions et configurations, des relations ?

⁵¹ Cf. G. Lenclud, 2009.

conscience réflexive qui inclut logiquement une aptitude à faire des choix et agir en conséquence.

Dans cette conception, il est « évident » que la disposition au langage est une condition nécessaire de sa détention d'une conscience réflexive : le « parler » est la manifestation visible et attendue de la détention de cette conscience que toute forme de mutisme rend suspecte. Il devient aisé, en son absence, de conclure à des « défaillances cognitives », voire de procéder au jugement de « débilité légère »⁵².

Attribuer à un être la qualité distinctive de « personne » implique donc de sa part un « devoir être » : être rationnel, et le montrer, autant que croit l'être celui qui juge, être fait de la même étoffe mentale, interprétable et prédictible à la lumière de ce que le juge croit qu'il pense quand il agit et quand il parle. Il doit être pourvu de langage, et puisqu'il l'est, manifester cette forme particulière de conscience qu'est la conscience réflexive, impliquant la faculté d'agir et donc d'agir, réflexion faite. Que dire d'hommes « muets » qui ne se sentent pas maîtres de leur décision, estimés irrationnels, non réflexifs et donc logiquement non interprétables ? Exclue d'office d'un rapport « interpersonnel », c'est-à-dire d'un rapport entre deux êtres qui réciproquent, où chacun, selon ses possibilités et moyens, retourne à l'autre la perspective prise à son égard, laquelle implique nullement qu'ils nourrissent les mêmes pensées ou éprouvent les mêmes sentiments ?

Un autre point est à souligner. Le sens commun fondé sur ces prémisses culturelles, et présupposé tacite des jugements sociaux portés sur la personne « handicapée » au cours de l'admission, considère que la personne est un continuant, c'est-à-dire une entité demeurant identique à elle-même au cours du temps, en dépit des changements qui l'affectent au cours de son existence, et à ce titre, qu'on est à même de réidentifier⁵³. D'où la recherche des facteurs causaux d'une « personnalité défaillante » dès l'enfance, et leur inscription dans la continuité d'une chronologie, pour expliquer l'émergence du « handicap psychique ».

Pour notre propos, retenons de cette conception que la conscience (nécessairement réflexive, introspective et autodirigée) implique le critère d'une identité

⁵² Voir la construction idéologique de la débilité légère dans : Gateaux-Mennecier, 1990.

⁵³ Ibid.

personnelle qui pose la « continuité » comme condition première dans l'expérience de soi⁵⁴.

De manière générale, l'examen de la commission d'entrée comme situation de jugement-type est instructive à plus d'un titre, et offre des moyens pour comprendre les réalités divergentes qui entourent la notion du handicap psychique, tant du point de vue institutionnel que de celui des expériences subjectives.

Dans la perspective institutionnelle, une logique culturelle semble à l'œuvre, proche de celle issue de la bureaucratie occidentale et de ses formes d'organisation administrative dont M. Herzfeld (1992) a exploré les racines symboliques⁵⁵. Nous avons vu qu'elle agit, dans le cadre du SAS, à travers un travail de catégorisation de l'Autre sur la base d'une « personnalité-type »⁵⁶, présumée et tenue pour « vraie », bâtie sur les écarts par rapport à un modèle de conduite culturellement et socialement attendu : les défaillances et « incapacités » sont reconfigurées comme conséquences d'une « personnalité » prédestinée à devenir un certain type de personne et intégrées dans des schémas d'action que la possibilité de réinterpréter en termes d'expérience sociale immédiate ne peut que mettre à mal.

Si le rôle actif de cette forme de catégorisation est indiscutablement à l'œuvre dans l'interaction sociale observée, son efficacité ne réside pas simplement, toutefois, dans la reconnaissance de quelque « réalité » immuable, (d'ordre surtout rhétorique) – l'identité littérale de la personne avec la personnalité-type sur laquelle elle s'alignerait « spontanément », comme « naturellement » –, mais dans les effets (involontaires et non recherchés) que cette forme de stéréotype exerce sur la personne concernée, la pression qu'elle ressent pour s'y conformer et répondre à l'attente sociale en faisant « sien » le portrait peu flatteur d'acteur démuné tributaire d'une prise en charge sociale, issu de l'interprétation officielle⁵⁷.

⁵⁴ On comprend pourquoi les expériences de « rupture » dont font preuve nombre des personnes « handicapées » dans leur rapport au monde comme à soi-même les exposent particulièrement à se voir privées de la qualité de « personne ».

⁵⁵ Celles-ci ne subsistent pas tant dans les formes de la bureaucratie elle-même, dit-il, que dans les manières dont acteurs professionnels et gens « ordinaires » conceptualisent et traitent les relations avec certaines « catégories » de personnes.

⁵⁶ La dénomination reflète le procédé de typologisation : « Nos adultes », pluriel utilisé comme « Autre catégoriel », « Un tel » (« Un M. X ») se dissolvant de la même façon dans la « catégorie plurielle ».

⁵⁷ L'infantilisation ou la féminisation générale des personnes enfermées dans ces stéréotypes dévoile leur subordination aux relations de pouvoir qu'ils induisent. Être « en charge » est la marque d'un mode de domination. Le modèle devient « réel » non parce que la personne posséderait nécessairement les caractéristiques attribuées, mais parce que les acteurs sociaux adoptent des stratégies d'action sur la base de ces caractéristiques présumées. Le fossé entre « réalités » que crée l'incompréhension des expériences vécues, se creuse.

L'autoreprésentation induite par le processus d'attribution « arbitraire » colonise l'expérience émotionnelle et sensible du rapport à soi et l'amène bien souvent à assurer d'elle-même la vie du stéréotype en le reproduisant dans le jeu des relations. L'anxiété que produit cette forme de « tautologie en action »⁵⁸ est la source même de l'autorité exercée sur la personne contrainte par les pressions à la fois externes et internes à s'y subordonner. La « crainte » éprouvée par la personne devant l'autorité est la manifestation du pouvoir « écrasant » qu'elle exerce sur elle.

Sur la base d'immédiateté et de généralité combinées, le stéréotype convertit une « altérité », incompréhensible et par là même « menaçante », en « familiarité », rend « intime » une figure d'abstraction en en fixant un portrait simple, stable et non ambigu⁵⁹, génère le sens « unique » à accorder à une situation sociale à maints égards complexe en créant de la certitude, à la fois comme base rationnelle et émotion partagées entre membres de l'équipe.

Dans ce procédé, l'examen de la « trajectoire de vie » fait le constat d'une « fatalité rétrospective » en découvrant a posteriori les « failles » d'une personnalité-type au destin inévitable. La relecture d'une histoire linéaire indique le « sens » et la direction que prendra sa trajectoire future, sa prédictibilité résidant dans l'existence même du « caractère » présumé et de ses qualités qui semble trouver sa confirmation a posteriori dans les comportements et attitudes.

Du côté des expériences subjectives, être « perçue » comme personne « handicapée » se caractérise par un type particulier d'apparence corporelle qui comprend ses postures et gestes, une façon particulière de communiquer et de se comporter, avec des états de conscience difficilement saisissables.

La question de l'apparence corporelle, supposée dans la continuité d'une « intériorité psychologique défaillante », apparaît comme centrale dans les perceptions sociales de la personne « handicapée psychique ». Paradoxalement, dans ces dernières c'est avant tout l'apparence pour autrui, qui différencie une personne « handicapée » des autres et devient l'un des critères majeurs dans les procédés d'identification, en amont des relations engagées. Une apparence corporelle particularisée qui certes confère au soi une « identité », mais ne la dote pas pour autant d'une « subjectivité ». Dans l'expérience subjective de la personne concernée, celle-ci semble prendre sa source dans

⁵⁸ « Tu es ce que tu es, parce que tu n'es pas ce que (visiblement) tu n'es pas » : c'est ce que M. Herzfeld appelle une « tautologie en action ». Ibid.

⁵⁹ Labelliser une personne de « handicapée » met sous contrôle conceptuel et pragmatique et rend une identité superficiellement non-problématique, en en produisant le « format requis » pour l'action professionnelle.

l'intériorisation des perceptions de soi-même par autrui⁶⁰. L'idée et le sentiment même de soi semblent essentiellement fondés sur l'intériorisation du regard d'autrui et saturés par la mémoire des perceptions que les autres se formèrent de sa personne : une mémoire essentiellement affective est inhérente à la socialité de la personne « handicapée ». La « chronicité » des difficultés liées au « handicap psychique » semble aussi être contenue dans cette mémoire proprement corporelle des dispositions affectives à son égard, « rappelées » douloureusement dans les diverses situations sociales⁶¹.

Le rapport constitutif entre la « subjectivité » et les liens interpersonnels permet, encore une fois, de comprendre pourquoi la perception (vision) réciproque, le langage et plus généralement la communication, régie avant tout par les signes de la métacommunication, forment un axe vital dans la définition (souvent négative) de soi, puisque l'image qu'ils reflètent façonne le paysage « intérieur » de la personne « handicapée ». On comprend ainsi que l'intégrité de sa conscience de soi soit particulièrement vulnérable, exposée aux événements et à l'instabilité « chronique » des relations, à l'incertitude permanente sur la place qu'elle tient dans le tissu social.

II.4. Perspectives institutionnelles, catégories d'intervention et expériences subjectives

Procédons à un examen limitatif de l'approche institutionnelle à travers certains de ses traits, susceptibles de moduler clairement les expériences subjectives du handicap psychique, notamment au niveau émotionnel et sensible propre à ce handicap.

De manière générale, le cadre formel du travail d'accompagnement présente une particularité, déjà mentionnée, qui pèse de façon notoire sur les possibilités d'instauration d'une « relation d'aide » dans le cadre du handicap psychique, particulièrement sensible au contexte relationnel immédiat, et sur laquelle il convient d'insister.

Les divers services d'accompagnement consistent en « prestations mentales » qui concernent le domaine des savoirs, de l'intelligence, de la conscience et la raison, en « prestations manuelles » qui concernent celui des savoirs-faire et habilités, et en « prestations immatérielles » qui concernent celui des « relations » au monde social. Dans cette dernière catégorie, l'éducateur assume une fonction de substitution de la

⁶⁰ Le passage suivant emprunte cet élément d'analyse à A.-C. Taylor, 2009.

⁶¹ Cf. chap. III.3.

personne « handicapée » en l'accompagnant dans l'espace public, acceptant de parler pour son compte, de sourire à sa place, d'exprimer sa gratitude, sa joie, son intérêt, bref, de suppléer à ses « manques et incapacités » dans les relations publiques. Dans les trois catégories, cependant, la personnalité de substitution, engagée en tant que réplique correspondant aux « besoins » et aux « possibilités » de la personne « handicapée », remplit une fonction instrumentale et technique foncièrement décomposable et interchangeable⁶², au risque d'entraîner la conversion de la personne en « objet d'intervention » décomposable à son tour : un même service, rappelons-le, peut être morcelé en divers segments d'action dont chacun peut être assumé par un éducateur différent, ce qui rend aléatoire la confection d'un lien interpersonnel avec la personne au cours d'un accompagnement continu. Les éventuels effets négatifs d'un tel morcellement sur les expériences subjectives du handicap psychique, privées d'intersubjectivité « personnelle », sont atténués par les initiatives « personnelles » prises, souvent à l'insu de la direction, dans l'espace interstitiel du travail médico-social⁶³.

Selon les circonstances et les protagonistes, la relation éducative, médiatisée par les techniques de travail et leurs logiques sous-jacentes, est de fait susceptible de se transformer en « relation d'aide » qui laisse la place à l'émergence d'un lien interpersonnel, essentiel aux yeux des personnes.

Un principe général de basculement, annoncé dans les pages précédentes, entre postures « professionnelle, objective » et « interstitielle, subjective » comme moteur principal d'une relation d'aide peut être repéré dans la plupart des domaines d'intervention qui, s'il survient en situation, acquièrent pour les personnes un sens nouveau et peuvent être positivement intégrés dans leurs expériences quotidiennes.

II.4.1. Médiations relationnelles : les « risques » de la vie sociale

Dans la perspective « sociologisante », le SAS exerce une fonction de médiation générale, créant une sorte de « peau sociale » protectrice entre la personne handicapée et la société, au sein de stratégies d'anticipation et de prévention des

⁶² Voir ci-dessus.

⁶³ Accepter de faire des heures supplémentaires afin de mener à terme une action dans sa globalité, l'associer à un espace de confidentialité transversale, réorganiser l'agenda de travail par souci d'une personne en particulier, mesurer l'efficacité d'une action en termes de « confiance gagnée », difficilement objectivable, etc.

« risques » qu'elle encourt au contact du monde social, « incapable », en raison de ses « handicaps », de s'y confronter sans le soutien du service.

L'attitude professionnelle des éducateurs procède, ici encore, de l'évaluation d'un « risque » (présumé ou réel) pour la personne « handicapée » dans des situations-types (un R.V. administratif, un entretien d'embauche, que ce soit en milieu « naturel », en ESAT ou en vue d'une formation professionnelle, un R.V. à l'école de conduite, à la Coopérative alimentaire), au sein d'un environnement social lui-même soumis à « expertise ».

L'identification du risque équivaut à la nécessité pour le personnel d'intervenir, y compris contre la volonté d'un bénéficiaire.

Il existe deux manières contrastées d'identifier la situation et de « prévenir » tout incident aux conséquences « fâcheuses » pour la personne et la société, à laquelle elle est confrontée :

Dans la première, l'éducateur envisage l'incident comme rupture des liens qui lient la personne « handicapée » à la société, par la possibilité de transgression des règles tacites de conduite, le « coût », en termes de conséquences « psychologiques » et matérielles (détérioration de la santé, surplus de travail etc.) d'un échec issu de la confrontation, par son « incapacité », pensée comme impondérable, à rétablir la situation dans un contexte social où elle a à rendre des comptes sur elle-même.

Dans la seconde, l'éducateur envisage le risque d'incident comme occurrence d'un choix de la part d'une personne prête à faire l'épreuve d'elle-même en engageant son sort « personnel » dans un contexte social à l'issue toujours incertaine. La personne se trouve « soutenue » et encouragée dans son choix et dans ce sens, l'éducateur lui reconnaît une « intimité » qui lui est refusée dans le premier cas. Ouvrir pour une personne une zone de jugement « intime » pour et par elle-même signifie définir une responsabilité dans l'action qui engage son rapport de soi à soi dans la confection d'un destin « singulier », et non « fatal » : les conséquences positives de cette absence de restriction « a priori », source indéfectible de souffrance, et les implications pour le sentiment identitaire sont majeures. La portée de cette seconde attitude ne se limite pas, en effet, à la question de la « protection » de la personne « handicapée » dans un environnement social « à risque », mais élargit d'emblée son horizon d'action au-delà des filières prévues, la décision formulée en termes de « capacité », à l'inverse de la première, portant la question d'emblée sur les possibilités de « carrière personnelle » qu'elle ouvre ou ferme.

Il faut insister ici sur un point.

S'il s'agit bien d'examiner l'évaluation institutionnelle des « incapacités » et « limitations », les attentes et régulations sociales autant que les expériences des personnes de leurs propres difficultés, afin de comprendre, comment les premières s'articulent ou s'opposent aux secondes...

Et s'il est de la mission des dispositifs de déterminer les « besoins » et d'y répondre par des mesures garantissant une plus grande « autonomie », force est de constater que la notion du « handicap psychique » désigne et qualifie à la fois : elle suppose à chaque stade d'évolution la représentation d'un possible qui finit toujours par toucher la personne dans ses pratiques quotidiennes. Envisager d'emblée la possibilité d'évolution et la mobilité des bénéficiaires possède des effets positifs bien réels, l'absence totale d'une « représentation des possibles » risquant à l'inverse d'exacerber les conséquences individuelles et sociales des « incapacités » et « handicaps ».

II.4.2. Technicité relationnelle et socialisation des émotions

Les techniques éducatives pour accompagner ou assurer le « passage à l'action » reposent pour une large part sur des techniques de socialisation et de valorisation émotionnelles, à partir d'une conception de l'indépendance et de l'autonomie qu'il convient de signaler rapidement.

La personne « handicapée » est régulièrement sollicitée pour « apprendre » à identifier « adéquatement » ses propres états affectifs et développer une perception sociale « appropriée », en jugeant sa propre « température émotionnelle » avant une situation de confrontation dans le monde social, selon la conception courante de l'émotion comme état interne de l'individu séparé du contexte.

Considérée comme émotion majeure, la peur perçue devant une situation sociale est souvent traitée comme à la fois « idiosyncrasique » et trait « caractéristique » de sa personnalité(-type), et réduite à une « croyance erronée », à la fois sur la « réalité » d'un monde dont le caractère « inoffensif » est alors démontré⁶⁴ et sur soi-même, en écartant d'emblée toute autocritique.

On trouve ici une forme de « réalisme naïf » dans sa version d'une réalité « objective », consensuelle – la réalité « ordinaire » serait celle-ci – qui oppose ses

⁶⁴ Notons la contradiction avec la conception d'un monde social a priori hostile, fait de relations sociales « à risque ».

« faits » tangibles et fiables, présumés plus ou moins isomorphes aux représentations mentales que l'on peut s'en former, à l'expérience « subjective », comprise dans ses connotations négatives d' « idiosyncrasique » et d' « irrationnelle ».

Les réponses apportées à la peur sont de deux types et cherchent toutes deux à modifier le régime de représentations que la personne « handicapée » posséderait et du monde et de soi :

Le premier consiste en un « apprentissage » du déni du risque à travers une forme de domestication de la peur inspirée par un refus d' « y croire », et ainsi ne plus donner prise à la menace, en dissociant l'échelle des propres craintes des acteurs qui les inspirent.

Un autre type de réponse est d' « éduquer » à la « prise de risque », par la confrontation au lieu de l'évitement : il faut rester acteur, et convertir une crainte « subie » en risque « assumé », un sujet « passif » en acteur, le « faible » en « entrepreneur »⁶⁵... Une attitude considérée comme « ordinaire » devant le danger qu'il est possible de neutraliser par la maîtrise de ses émotions. L'impact potentiellement négatif de cette réponse réside, encore une fois, dans la nature systématique de son application qui ne laisse à la personne d'autre choix que de subir le modèle normatif comme une contrainte exercée, d'une violence émotionnelle parfois très grande.

Ces réponses peuvent se comprendre comme autant de façons de maîtriser ou de réduire, en la rationalisant, la peur suscitée par les situations sociales qui s'en trouve foncièrement délégitimée.

Créer de « l'incroyance » dans son adversité enlèverait donc la peur du monde social, une peur d'origine purement « subjective » et entièrement décontextualisée. La nécessité d'un « travail sur soi », souvent invoquée, consiste ainsi en un travail sur ses propres états affectifs et ses croyances « illusoire », car associées à des expériences sociales à la fois culturellement inacceptables et officiellement non partagées⁶⁶. Former chez la personne « handicapée » des croyances « positives » sur soi et ses propres

⁶⁵ De manière générale, une figure centrale semble structurer le champ perceptuel du « handicap psychique », et conférer aux traits saillants leur contenu sémantique : celle de l'entrepreneur, figure de l'homme rationnel par excellence qui a envahi la plupart de nos institutions et qui n'est plus, aujourd'hui, une question de genre, en tous points contraire aux qualités perçues de la personne « handicapée ».

⁶⁶ La « croyance » est une catégorie qui peut être élucidée en dehors de tout contexte vital de l'expérience, comme la lecture d'un pouls, et peut être codifiée comme un « artefact clinique ». Aisément décontextualisée, elle est devenue une catégorie analytique centrale dans la pensée populaire et scientifique, sciences sociales comprises, la variabilité contextuelle et le caractère non-mécanique des expériences subjectives du « handicap psychique » nécessitant un glissement théorique vers le « sens » et l' « expérience » pour ne pas se trouver dénaturées.

« capacités » vise à créer un sentiment d'être positivement « différent » des autres⁶⁷. La formation d'une identité dite « personnelle » est typiquement liée au « besoin » présumé et à la « capacité » de se distinguer des autres, de « s'autonomiser » en s'individualisant. Développer une « unicité » qui produirait l'« estime de soi » est une évidence qui n'est jamais mise en cause, et relève du modèle culturel d'indépendance examiné plus loin.

Les pratiques générales de socialisation émotionnelle déployées dans le SAS prennent ainsi appui sur la formation des manières d'être « bien » ou « mieux » : l'éducateur pense renforcer l'estime de soi par une évaluation verbale systématiquement « positive », sans se soucier de la performance « réellement » accomplie, toute manifestation d'autosuffisance et d'« indépendance » étant systématiquement valorisée, toute expression de « dépendance » au contraire, notamment en termes d'affiliation affective, immédiatement découragée et dévalorisée.

L'une des fonctions de médiation du SAS est de (re-)créer autour de la personne « handicapée » le « réseau de relations » qui souvent lui manque, la couche protectrice autour d'un être foncièrement solitaire et « incapable », selon le stéréotype, d'engagement relationnel durable.

A défaut de créer un « entre soi » des personnes « handicapées au sein du SAS – toutes les tentatives en ce sens ont échoué – le personnel cherche à impulser des activités « occupationnelles » en ville, pensées comme simples supports d'une sociabilité compensatrice, et opposer ainsi au « vide » de l'existence le « plein » d'une occupation qui ferait « oublier » l'angoisse, la maladie, l'ennui. Le succès est mitigé, l'abandon de telles activités fréquent, car leur sens, en termes existentiels, échappe et avec lui, la possibilité de soutien.

La connotation du jugement de « solitaire » est d'emblée négative : être « solitaire », c'est être « en échec social », et s'il est « mauvais » d'être seul, surtout les week-ends, les jours de fête, il est pire de l'être et ne pas se sentir seul, comme c'est le cas, parfois, quand le sentiment du « chez soi » a su naître⁶⁸. Critère central du « handicap psychique », la solitude négativement évaluée est d'emblée placée dans un ordre moral et, utilisée comme un « sigle », inflige des blessures inutiles⁶⁹.

En absence de tout réseau de « proches », c'est au personnel du SAS de remplir un tant soit peu une fonction de substitution d'un cercle d'« intimes ».

⁶⁷ Un aspect de la souffrance des personnes prend sa source précisément dans le sentiment d'être négativement « autre », régulièrement suscité dans les situations sociales concrètes.

⁶⁸ Cf. chap. III.5.

⁶⁹ Cf. chap.III.4.

Revenons brièvement sur la « visite à domicile » qui pourrait en introduire les bases, en dissipant quelque malentendu pesant sur l'interaction entre intimité et action éducative, et qui concerne le contenu de l'intimité.

On peut concevoir les relations comme intimes dans la mesure où les interactions qu'elles recouvrent, dépendent d'une connaissance et d'une attention particulières apportées au moins par une personne et ne s'étendent pas à une tierce partie. (Zelizer, 2005.) Ainsi définies, les relations intimes reposent à divers degrés sur la confiance dont l'aspect positif est qu'elle suppose l'acceptation d'une influence mutuelle, l'aspect négatif de procurer à chacun des partenaires une connaissance et une considération de l'autre qui, si elles venaient à se propager, pourraient nuire à son statut social. Sous ces deux aspects, la confiance est souvent asymétrique, mais la véritable intimité implique un degré minimal de réciprocité dans la confiance (ibid.).

Cette définition large de l'intimité suppose donc un échange mutuel d'informations confidentielles au sein de liens étroits et durables entre deux personnes.

La visite à domicile est un service professionnel qui, pour remplir sa fonction d'« aide » aux yeux des personnes « handicapées », devrait inclure un genre spécifique d'intimité favorisée par la coprésence dans le lieu de vie de l'un des partenaires, et admettre une forme de réciprocité dans la confiance accordée, absente ou au mieux asymétrique... à moins qu'une expérience de « concernement » fasse basculer la relation « professionnelle » en lien interpersonnel⁷⁰.

L'observation montre que la confiance et l'échange confidentiel qu'elle implique, peuvent naître au sein de relations de service a priori impersonnelles et évoluer vers un degré de confiance et de familiarité nécessaire à une relation d'aide véritable. Les relations qui lient une personne « handicapée » comme X à son aide ménagère ne semblent guère laisser de place à la suspicion souvent attachée à la figure de l'éducateur « professionnel ». Notons simultanément le « danger », pour X comme pour toute personne « handicapée psychique », liée à une telle confiance accordée, danger qui peut frapper brutalement au cœur même de la relation intime, jaillir de manière fulgurante et prendre au dépourvu X, renvoyé rétrospectivement au « tort » d'avoir fait confiance : un « incident » a mis en cause une confiance, pleinement accordée avec le temps, et trahie d'autant plus violemment qu'elle toucha à un « secret » indûment divulgué, et fait de l'aide ménagère une figure d'ennemi d'autant plus redoutable qu'elle avança « masquée », sous le visage du proche et du

⁷⁰ Cf. chap. II.4.10.

familier...l'incident introduit une situation de basculement et livre X seul à des crises d'angoisse, redoublées par des « idées noires » sur l'instabilité des relations « amicales ».

De manière générale, les actions éducatives adoptent des stratégies de résolution « pragmatique » des « problèmes » dont les mesures d'efficacité, aux yeux du personnel, résident dans la construction de « seuils d'évolution objectifs » à travers la définition d'« événements majeurs » : un changement d'appartement, de travail, l'acquisition d'un permis de conduire, la perte de poids en cas d'obésité, une mise sous curatelle en cas de débordement, l'instauration d'un suivi psychologique régulier etc. La définition du sens à accorder au « problème » est stable, et peut ainsi amener la transformation nécessaire, la résolution du problème, dans les termes de la rhétorique institutionnelle, étant toujours orientée vers un changement substantiel pour être reconnu comme efficace.

N'est pas prise en compte dans ce modèle une particularité des expériences subjectives du « handicap psychique » qui consiste en la signification à accorder à des changements apparemment mineurs et de petite envergure, demeurant souvent « invisibles » aux yeux de l'institution.

II.4.3. Ecritures administratives

L'aide « réelle » apportée par le SAS dans la gestion des papiers administratifs et l'assistance offerte dans les démarches à effectuer auprès diverses instances sociales (tuteurs et curateurs, justice, services sociaux, impôts etc.) est conditionnée, à nouveau, par des manières divergentes de circonscrire la personne en tant que « sujet personnel » ou porteur d'une « demande », susceptible d'introduire le glissement insidieux d'un jugement vers une forme d'expertise « professionnelle » et la relation distanciée qu'elle implique.

La plupart du temps, l'éducateur informe la personne « handicapée » de sa situation objective dans le paysage administratif et juridique, l'aide à trouver l'expression précise et parlante pour les divers contextes qui intéressent les décisions administratives la concernant et rédige en sa présence les écritures nécessaires. L'éducateur, en donnant à la personne « handicapée » les informations objectives, parle le langage de la constatation et devient ainsi un « expert-conseil », endossant une nouvelle fois implicitement la fonction d'expert dans le cadre du travail médico-social.

La fonction de conseiller « véritable » est conditionnée, toutefois, par l'abandon d'un contrôle sémantique excessif, et par la place qu'il laisse à la personne « handicapée » d'avoir le dernier mot et prendre part à la décision, dans l'expression d'une demande ou d'une revendication dont il est le médiateur, explorant les formules adaptées à la mise en scène d'une expérience « privée », sans exercer de critique quant à sa validité présumée.

Dans la formulation des lettres adressées au curateur, notamment, une écriture ajustée aux besoins « subjectifs » est susceptible de devenir une véritable « arme de résistance », fournie par le SAS contre certaines négligences, voire abus des curateurs dans l'exercice de leurs fonctions qui obéit fréquemment à une logique de gestion économique éloignée des réalités concrètes. Dans le rapport de force qui oppose bien souvent le curateur et son client, le stylo de l'éducateur peut devenir un instrument de rectification majeur.

II.4.4. Univers administratif et citoyenneté

Un savoir spécifique, mis au service d'un soutien dit « personnalisé », s'appuie sur une connaissance poussée des rouages du monde administratif que représentent les « réseaux d'aide » locaux dominés par une organisation bureaucratique et un contrôle systématisé dont l'extrême complexité échappe nécessairement aux « bénéficiaires » du système : se sentir et se savoir enrôlés à l'intérieur d'une « machine » administrative comme refermée sur elle-même, où chaque interlocuteur, relié localement à tout autre en raison d'une interconnaissance souvent de longue date, semble disposer d'une connaissance au préalable d'éléments significatifs d'une histoire « personnelle » dont ils ignorent pourtant la teneur existentielle, suscitent et renforcent souvent tout un arsenal d'émotions et de sensations négatives, accablés qu'ils sont par un sentiment à la fois d'être désemparés, impuissants et de suspectés, en raison même d'une conscience parfois aiguisée de la situation : la complexité des mécanismes administratifs des prises en charge est telle qu'ils « manquent » d'en comprendre la raison d'être, voire les amène à suspecter que l'organisation fermée et systématique des réseaux d'aide pourrait, non pas servir leurs « besoins personnels réels », mais aurait pour but quelque peu inavouable de s'autoperpétuer, tant elle reste parfois étrangement à distance de leur vie qui s'en trouve pourtant fortement structurée.

L'univers bureaucratique comprend pour les expériences subjectives du handicap psychique des « risques » particulièrement importants en fixant un cadre d'échange sur lequel plane la menace de « déparcellisation » souvent relevée et bien réelle des procédures administratives des prises en charge, et jette une ombre particulièrement nocive sur les possibilités de mise en présence des personnes « handicapées » autrement qu'en tant que figure « ignorante », « démunie » et « incapable ».

L'accompagnement d'une personne « handicapée » dans ses déplacements lors des démarches effectives auprès d'une administration, comprend pour celle-ci l'expérience la plus marquante, dans son quotidien, de son rapport « réel », concrètement éprouvé à la citoyenneté qui y est souvent rudement mis à l'épreuve.

L'expérience subjective de la citoyenneté dont la reconnaissance est indispensable, se trouve conditionnée par les immédiatetés d'un monde proximal, dans le face-à-face direct, la confrontation concrète avec le bureaucrate dont l'identité personnelle est bien souvent ostensiblement alignée sur l'autorité d'Etat⁷¹ qui affecte toujours le jeu social, jusque dans l'expérience la plus intime : se sentant traitée comme un « rien » ou comme « de la saleté », la personne « handicapée » risque d'emblée d'essuyer une expérience d'échec dans sa lutte dédoublée pour obtenir satisfaction de ses « droits » de citoyen, auxquels elle ne peut prétendre qu'en tant qu'« Autre catégoriel »... à moins d'opposer une défense « convaincante » et faire surgir derrière la personne « handicapée » un sujet doté d'une histoire personnelle digne d'intérêt... défense souvent indispensable, à laquelle l'éducateur peut apporter une aide substantielle.

Aux côtés des expériences « réelles », la citoyenneté comme « communauté imaginée » dans un monde distancié fait pauvre figure et apparaît bien souvent comme une abstraction « idéale » creuse.

A cet égard, la rhétorique institutionnelle sur la personne « handicapée » comme « citoyen »⁷² est une réaffirmation continuelle d'une « identité nationale transcendante » qui réintègre idéalement la personne dans la « communauté » de

⁷¹ L'autorité d'Etat se fait l'« incarnation » d'une entité immanente, au caractère proprement religieux, comme l'ont montré les analyses de M. Weber.

⁷² On attribue la reconnaissance de la notion de « handicap psychique » à la loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ». cf. Lovell, A.M., 2008. Le terme « citoyen » est régulièrement utilisé dans les textes et discours associatifs pour qualifier et valoriser la place des malades psychiques au sein de la société, une représentation qui s'inscrit dans une politique dite de « démocratie sanitaire », élaborée par la loi du 4 mars 2002 « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ».

citoyens... au prix d'accepter de se laisser destituer d'une « identité » personnelle liée à un destin « singulier ». La « citoyenneté » de la personne « handicapée » risque de rester lettre morte si elle n'implique pas la reconnaissance d'une expérience « privée » (même si celle-ci comprend des dimensions extra-ordinaires dans l'existence journalière) qui laisse à la personne « handicapée » les possibilités de choix « hors champ » des filières prévues, « soutenue » dans sa liberté d'emprunter des chemins de traverse. Sa confrontation avec l'univers bureaucratique lui renvoie bien souvent le message du « destin fatal » de la personne « handicapée », clôturant d'emblée le champ des possibles.

II.4.5. Travail d'écoute et réalités intimes

Dans la perspective « psychologisante » du SAS, l'une des fonctions transversales des éducateurs, guère préparés pourtant à pallier à l'absence fréquente de ressources proprement « affectives » des personnes « handicapées psychiques » et à se confronter à la souffrance qui en résulte, consiste à procurer une « écoute » d'inspiration psychanalytique peu formalisée, aux côtés d'autres méthodes de travail au sein des actions éducatives formelles. Le « travail d'écoute » des plaintes des personnes « handicapées », dans les bureaux respectifs, ouvre pour les éducateurs une zone d'action dont la visée est placée sous les auspices des bienfaits de la « symbolisation psychologique » : le principe d'écoute ouvre idéalement un espace qui reconnaît la validité d'une douleur intime dès qu'elle est exprimée et trouve un apaisement par le simple fait qu'elle soit dite, se confie dans un épanchement salutaire devant un interlocuteur qui l'écouterait « sans jugement, sans critique ». La visée du « travail d'écoute » comprend, toutefois, pour la personne « handicapée » un « travail sur soi », d'ordre proprement émotionnel et autodirigé, qui consiste à « apprendre à savoir ce que l'on ressent » et à contrôler ses propres émotions, selon le modèle dominant de l'émotion logée dans l'intériorité intime d'une personne, déjà mentionné. A l'éducateur d'aider la personne à trouver les mots « adéquats » pour exprimer ce qui la trouble, et l'amener à quitter le socle émotionnel de son expérience en vue d'un comportement « rationnel », en accord avec la réalité « objective »⁷³.

⁷³ Processus de psychologisation en cours dans notre société qui transforme systématiquement l'expérience ressentie en langage symbolique, à travers une succession de rationalisations souvent éloignées des enjeux « réels » immanents de l'expérience concrète.

On constate que dans les situations de « face-à-face » concrètes, la réalité de l'échange subit régulièrement le retour des pressions temporelles, reflétées au sein d'une méta-communication (signes d'impatience, absence d'attention, feinte) qui risque de clore prématurément les communications et fait taire une parole qui souvent peine à s'articuler autour des douleurs, sensations, souffrances et sentiments éprouvés, tout en privant la plainte du statut d'expérience « privée » digne d'intérêt : elle retombe aussitôt dans un espace de « vide relationnel » bien connu.

De manière significative, le « travail d'écoute » bascule à nouveau entre deux postures dont l'une trouve son inscription dans l'espace de travail officiel qui l'inclut dans son organisation temporelle, alors que l'autre semble plus volontairement se produire dans les espaces interstitiels de l'action éducative :

La première s'appuie sur un travail d'objectivation pour juger de la validité des plaintes et demandes des personnes « handicapées », en adoptant une posture critique afin de déterminer quelle est l'expérience émotionnelle appropriée à telle situation « objective »⁷⁴ (mise en équivalence).

La seconde relâche la prétention à la critique et recueille les plaintes comme autant de propos d'une expérience véritablement « privée » qui appartient en propre aux personnes, sans être exposée à des mises en équivalences. Dans cette posture, toute douleur ne peut être exprimée que par la personne qui la ressent, et ce que dit la personne d'elle-même est a priori valide. Ses plaintes sont toujours « réelles », authentiques et légitimes par principe, l'expérience privée de la personne ne peut être ramenée à autre chose qu'elle-même (cas irrémédiablement singulier).

C'est dans cette dernière posture, soucieuse d'articuler la reconnaissance pleine des réalités intimes et les contraintes de l'univers médico-social, quitte à en moduler l'exercice que les personnes « handicapées psychiques » semblent trouver une « aide » véritable qui fait jaillir une parole souvent gardée au fond de soi : accorder, dans toute situation d'interaction et à tout moment, une attention renforcée à l'expression confidentielle d'une détresse, même à travers ses signes les plus infimes, sans qu'elle prête immédiatement matière à une confrontation critique ; apporter une réponse immédiate à l'urgence d'un besoin « subjectif » reconnu dans ses dimensions privées. La relation éducative est alors susceptible de se transformer en « relation d'aide » qui laisse la place à l'émergence d'un lien interpersonnel, ressort essentiel pour

⁷⁴ Mise en équivalences des expériences évaluées selon le rapport qu'elles entretiennent avec la « réalité objective », consensuelle, c'est-à-dire « ordinaire » : il existe une vérité factuelle qui réside dans le monde, possède un sens non-ambigu et mène inévitablement à certaines conclusions.

un engagement dans la relation, profitable à la personne au-delà de la situation immédiate.

L'aide trouvée dans les pratiques éducatives non protocolisées et informelles comprend les blagues, le rire et la joie « spontanés » qui émergent d'un tel lien constitué selon les affinités « personnelles » des protagonistes et font partie du paysage émotionnel favorable, du point de vue des expériences subjectives, aux changements « mineurs », à la base d'une amélioration des conditions d'une personne, au-delà de la situation immédiate. Il s'agit à nouveau d'un processus interactif qui montre que le passage à l'action ou à l'engagement dans la relation requiert un examen sur l'arène de la vie sociale quotidienne au sens stricte, plutôt qu'à l'écart, lors d'un « colloque clinique ». Aucun « sujet » ne se constitue lui-même en absence d'autres « sujets » et « objets » qui eux-mêmes se dissolvent dans la notion d' « intersubjectivité » qui jette un pont entre l'expérience subjective et le monde des relations quotidiennes.

Revenons un instant sur la fonction d'accueil et d'hospitalité du SAS, susceptible de faire naître l'intersubjectivité dans le lieu qui lui est prédestiné : le « salon ».

Il est important de comprendre ce qu'est l'hospitalité qui, outre un aspect rituel, comprend à sa base, là encore, une forme de réciprocité qui, si elle est négligée, risque de marquer une définition contextuelle d'un rang relatif : l'hôte, en effet, est toujours supérieur à l' « invité » (un convive, un client, un bénéficiaire), et ce dernier fait l'expérience d'une infériorité cumulative, s'il reste dans la non-réciprocité. C'est le cas d'une personne « handicapée », à laquelle il est refusé de « recevoir » en retour, d'offrir « chez elle », dans son lieu de vie des petits gâteaux, de partager un verre lors des « visites à domicile », effectuées dans un esprit strictement « professionnel ». L'hospitalité comprend simultanément des idées d' « incorporation » d'un lien ou d'exclusion, et confère au « désavantagé » l'opportunité unique pour symboliser le retournement de sa situation et d'inverser temporairement sa « dépendance », le déséquilibre micro-politique dans la sphère morale⁷⁵.

Méconnu par le SAS, le principe de réciprocité introduit à nouveau un hiatus entre expérience subjective et fonctionnement institutionnel. L'élan d'hospitalité et de générosité comme fondement d'un lien de réciprocité, coupé net par un refus, se trouve restauré par l'existence des pratiques interstitielles, quand un éducateur accepte la

⁷⁵ Cf. Herzfeld, *ibid.*

« réception » au domicile d'une personne « handicapée », à laquelle le lie une affinité interpersonnelle, au cours d'un WE.

II.4.6. Gestion d'argent et liens de valeur

Examinons un domaine particulièrement sensible et susceptible d'engendrer un hiatus entre perspectives institutionnelles et subjectives du handicap psychique.

Il concerne l'une des rubriques majeures du travail d'accompagnement, sollicitée par la majorité des personnes « handicapées » : l'accompagnement délicat et traversé par de nombreuses tensions, de la gestion d'argent.

De nombreux bénéficiaires, en effet, se montrent singulièrement « incapables », selon les termes institutionnels, d'assurer correctement les dépenses ordinaires de la vie quotidienne.

Il convient de souligner que ces « incapacités » se placent d'emblée dans un contexte où les divers dispositifs de soutien économique (diverses allocations personne handicapée, rémunération ESAT) ne permettent d'assurer qu'une survie incapable, bien souvent, d'acquiescer et d'arborer les éléments matériels emblématiques du mode de vie et de consommation dominants. Ainsi tenue à l'écart des signifiants-maîtres de notre société, la personne est placée de fait dans l'« incapacité » à pouvoir y accéder pour y faire sens, ses « incapacités » traduisant ainsi parfois un manque d'intérêt douloureux et désabusé.

Les expériences subjectives font preuve de deux régimes de gestion de l'argent, en fonction de la valeur qu'il confère en termes de l'identité personnelle.

A cet égard, le rapport au « travail » acquiert aux yeux des personnes « handicapées psychiques » une signification moins par le gain qu'il représente que par la subjectivité qu'il confère ou refuse. Par conséquent, quoique considérés comme « filets de sécurité » indéniables, les revenus issus de l'AAH et autres allocations et le salaire dont est rémunéré le travail accompli dans l'ESAT, restent pour beaucoup fortement dépréciés et sont éprouvés comme « argent de la honte », en raison de la « honte » inhérente à ces sources de revenu.

Dans ce contexte, la gestion des dépenses régulières, à échéance fixe, réglées à partir de ces revenus est laissée volontiers entre les mains des éducateurs du SAS. Outre les sentiments négatifs associés à l'« argent de la honte », l'éclatement du salaire en dépenses multiples et obligatoires retire sa substance à l'argent, réparti avant même

d'être échangé. L'argent qui n'existe plus que sous forme de prélèvements et de relevés, apparaît comme « démonétisé », s'éparpillant en services impalpables et comme sans contrepartie.

A l'opposé de la gestion des frais obligatoires à l'intérieur de transactions impersonnelles, souvent assumées par le SAS, l'argent sous forme de « monnaie » échangée au cours d'actes de dépenses « personnelles » acquiert à nouveau une valeur et, en tant que mesure de valeur, entretient un rapport intrinsèque et intime avec la personne qui en fait l'usage.⁷⁶ Prélevée à force de petites stratégies sur le budget global ou issue d'une économie informelle⁷⁷, il s'agit d'une « monnaie » dotée d'un pouvoir symbolique fort, qui produit des effets bien « réels » sur le balancier émotionnel : l'argent de la honte est reconverti positivement par le sentiment intime d'une dignité restaurée que confère l'achat d' « objets personnels »⁷⁸, lié à l'immédiateté constitutive d'une « identité souffrante » (urgence du « besoin » en quête de « compensation »), à l'encontre des dépenses régulières qui s'inscrivent dans la durée. Le combat des personnes « handicapées » afin de maintenir une gestion « privée » de cette « monnaie » qui possède une valeur affective considérable, est souvent féroce, car particulièrement générateur d'angoisses, et s'inscrit dans un régime d'évaluation de ce qui est « subjectivement » éprouvé comme incommensurable et inobjectivable.

Dans l'idéal des rapports entre personnes, en effet, il n'est pas tolérable ni toléré que « l'estime » et la « valeur » de soi médiatisées par les objets personnels acquis de cette sorte, la « liberté » et l' « autonomie » de conscience qu'ils accordent, fassent l'objet d'un jugement, d'une comptabilité (fixation d'un prix, accordé ou déprécié), d'un contrôle. Les transactions économiques entre SAS et personne « handicapée » concernent de fait une anthropologie de la valorisation personnelle qui peut se saisir d'un vocabulaire proprement économique s'insinuant dans le jeu relationnel (et affectif) : investissement, profit, crédit, coût, prix, reconnaissance et dette sont des termes conceptuels très courants, par ailleurs, sur le « marché » des sentiments, et témoignent de manière générale de l'estime et du respect accordés ou refusés aux diverses catégories de personnes.

Dans ce domaine encore, ce sont les qualités informelles de la relation d'aide qui s'avèrent d'une importance capitale pour les expériences subjectives, difficilement

⁷⁶ Voir Simmel, 1987, sur la valeur de l'argent dans la construction de la valeur de soi.

⁷⁷ Petites transactions mineures, à l'insu du SAS.

⁷⁸ Les « objets personnels » en tant que « quasi-personnes » participent à composer un « tissu de relations » caractéristique d'un « chez-soi » personnel, condition de la participation sociale.

objectivables puis qu'aucun instrument de mesure n'existe pour en rendre compte et qui, s'ils viennent à devenir « objets » d'évaluation, de formation et de rémunération, par cela même se dissolvent. La bienveillance et la sollicitude, avec lesquelles sont accordés des « prêts » d'argent « personnels », illégitimes et condamnés par la direction devant laquelle ils sont dissimulés, ne peuvent se faire expression que d'elles-mêmes. Logé dans l'espace interstitiel des pratiques, le « prêt » accordé par un éducateur sur ses propres deniers crée une relation « interpersonnelle », introduit la « personne », le respect de la parole donnée et la « confiance » dans des échanges que l'on peut qualifier alors de « monétaires », au sens de Mauss (1950) La proximité maintenue entre estime et crédit témoigne du fait que l'argent, loin d'être un simple instrument technique dans les rapports, participe des liens qu'il mesure et exprime et, dans le cadre du handicap psychique, confère une validité incontestable aux identités en souffrance.

Notons que cette fonction est souvent remplie à contre-cœur par le personnel.

Il existe en effet une solide tradition qui affirme l'existence de « sphères séparées » et de « mondes hostiles » que le personnel reproduit à son insu. Selon cette conception, une différence radicale existe entre relations « intimes » et transactions économiques. D'un côté, une sphère d'affectivité et de solidarité – c'est à cette dernière que prétend le SAS –, de l'autre, une sphère de calcul et de recherche d'efficacité – c'est à elle que se réfère le SAS dans la gestion d'argent d'une personne « handicapée ». En outre, les deux sphères sont hostiles l'une à l'autre : tout contact entre elles est source de pollution morale (Zelizer, 2005).

Et en effet, une séquence « gestion argent » subit bien souvent les tonalités de l'univers bureaucratique : l'éducateur change de posture et de ton envers son vis-à-vis dont le sépare son bureau, et sera suivie par une séquence de « partage » et d'« hospitalité » (un café, des petits gâteaux), censée restaurer les « liens privilégiés » rompus. Un « travail relationnel » qui varie en qualité sur une échelle allant du personnel à l'impersonnel et méconnaît le lien de l'argent à l'affectivité éprouvée par la personne « handicapée » dans sa sphère intime (valeur, crédit et confiance réciproque. Hiatus entre les logiques).

II.4.7. Le travail comme refuge contre la souffrance

L'examen des relations subjectives des personnes « handicapées » au travail, essentiellement en milieu « ordinaire », suggère que l'association historique entre travail

et « bonne (ou meilleure) santé », centrale dans la culture du passé, continue à avoir une véracité quotidienne pour celles, auxquelles le milieu du travail offre un sens et un socle d'expériences « positives ». A l'encontre du modèle aujourd'hui conventionnel qui caractérise le travail uniquement comme « producteur de stress » générant ou amplifiant de la souffrance, on constate l'émergence, chez les personnes « handicapées », de thèmes récurrents sur la signification centrale et le sens du travail dans leur existence : elles y trouvent, sous certaines conditions, une source de résistance face aux dimensions de leur vie qui « menacent » et défont leur monde quotidien. La centralité du travail dans la définition des liens à une « communauté », notamment, à travers un mélange d'expression instrumentale et affective montre que le travail affecte directement les valeurs de la personne et son orientation envers le monde qui l'entoure. « Je fais, donc je suis, malgré mes difficultés » révèle non seulement que le travail est autant recherche de sens que de pain quotidien, mais crée chez la personne « handicapée psychique » la possibilité de faire preuve, non pas tant d'efficacité et de compétences individuelles (définition de soi autocentrée), mais de « capacités » à la fois de contribution à cet ensemble qu'est une collectivité de travail, et de création de liens. Pour la personne « handicapée », travailler n'est pas seulement accomplir une activité de production, mais un « vivre ensemble ». Le travail prend sens, si l'œuvre accomplie relie à autre chose que soi-même. Le travail « positif » possède un sens non pas tant « personnel » qu'« interpersonnel », et c'est sur cette base qu'il risque de basculer vers son pôle négatif.

Dans l'examen des expériences subjectives, il convient en effet de penser la souffrance et la peur, ainsi que leurs effets (pervers) sur l'émergence des « incapacités », comme un processus relationnel dynamique qui modifie le rapport subjectif d'une personne au travail. De manière générale, on conçoit qu'une souffrance au travail naît et s'accroît par l'absurdité d'un effort qui ne donne pas satisfaction vis-à-vis des attentes qu'on y place sur le plan matériel, affectif, social et politique. On sait que les conséquences d'une telle souffrance sur le fonctionnement « psychique » et la santé en général sont inquiétantes, par l'intermédiaire d'une atteinte portée contre le socle même de l'« identité ».

Dans le cas d'une personne « handicapée psychique », le basculement du rapport au travail du pôle positif vers le pôle négatif comprend toujours des situations où la « peur » de ne pas être à la hauteur des contraintes organisationnelles, la crainte de l'incompétence, sans espoir de reconnaissance se trouvent exacerbées par la perception,

chez un collègue ou le supérieur, d'un mécontentement, d'une insatisfaction ou d'une indifférence : la reconnaissance de la qualité d'un travail dont le résultat est obtenu au prix d'efforts qui engagent toute sa personne et sa « subjectivité », implique simultanément la reconnaissance de ses efforts, ses angoisses et doutes, ses déceptions et découragements qui prennent un sens « intersubjectif ». Cette reconnaissance joue un rôle majeur dans le destin d'une souffrance, c'est d'elle que dépend le sens de la souffrance et la possibilité de la transformer. En son absence, tout pour la personne bascule.

Le « cas » de X, protagoniste de la scène d'entrée est à cet égard exemplaire.

L'« oubli du sel » est à comprendre comme la conséquence d'une expérience subjective d'injustice sociale, micro-politique, économique éprouvée par X lors des confrontations répétées au quotidien avec son patron, et se trouve aggravée par le manque de reconnaissance de son origine intersubjective par les experts. La notion de « démotivation » au travail, invoquée ultérieurement, place dans l'individu les « ressorts psychiques » de ce qui provient d'un rapport social de domination.

II.4.8. Hygiène du corps et médication

L'une des fonctions du SAS comprend la surveillance du corps physique, aux côtés de l'évaluation de l'apparence corporelle proprement dite : vêtements, coiffures, soins esthétiques des femmes subissent les normes de l'actualité de la mode en cours.

Le corps physique subit un même système d'évaluation qui se concentre à la surface de la personne et comprend tout ce qui se rapporte à l'hygiène corporelle (toilette, protection de la chaleur/du froid), l'hygiène alimentaire (équilibre nutritionnel, selon un tableau nutritionniste précis), l'hygiène « médicale » (équilibre neuro-psycho-physiologique via une médication « adaptée » aux troubles psychiques respectifs et « bien-être » physique, à travers la surveillance des voies digestives, particulièrement réceptives aux « effets secondaires » de la médication qui constitue la réponse « chimique » à des troubles considérés comme d'origine essentiellement « biologique »).

La médication comme réponse majeure aux troubles dits « mentaux » chroniques et aux crises d'angoisse épisodiques pose question. Pour certaines personnes, elle est de l'ordre d'un soutien essentiellement « psychique » : A la priorité qui réside dans la nécessité pour elles de calmer les angoisses terribles dont elles rendent compte,

répond une efficacité autant « symbolique » que « réelle », logée autant dans le geste de la prise des gélules lui-même que dans leur contenu chimique. On peut observer, a contrario, le manque d'efficacité de cette réponse, malgré augmentation du dosage, dans des situations de chute émotionnelle et affective déclenchées par les facteurs responsables de l'émergence du « handicap psychique » : perte totale ou partielle d'engagement en situation, manifestations de désarroi, de désespoir, de torpeur, de perplexité à travers des signes quasi imperceptibles, car noyés parmi les signes formalisés autour de la figure de « personne handicapée psychique ». L'abandon délibéré de la médication est souvent à la fois consécutif au constat d'inefficacité et à l'expérience de confusion lors d'une crise.

II.4.9. Hygiène alimentaire et nourritures singularisées

Un bref commentaire sur la notion d'hygiène alimentaire comme catégorie d'intervention du SAS, éclairée par les expériences subjectives, s'impose.

L'accompagnement d'une personne « handicapée » dans le choix des aliments lors des courses, et la surveillance de son alimentation effective, au cours des visites à domicile, suivent une pensée hygiéniste et une conception issue du sens commun qui tient autant à la fonction objective de l'alimentation qu'à la représentation de cette fonction.

Objectivement elle pourvoit à la conservation, du corps en bonne santé, en lui procurant les nutriments nécessaires. Se nourrir, c'est prélever hors du corps les aliments de valeur optimale pour entretenir la vie humaine : l'alimentation est, comme les autres fonctions biologiques, solidaire d'une vision du corps séparé de la personne. C'est en ce sens que les éducateurs cherchent à réguler l'équilibre nutritionnel, en délivrant directement ou indirectement des conseils sur la quantité et la qualité des aliments comme fondements de la sécurité alimentaire⁷⁹, en procurant des mises en garde et des normes qui distribuent la louange ou le blâme, voire la moquerie... jugent un produit certes disponible, mais nocif, inadapté en cas d'obésité, le tout dans le cadre restrictif d'un budget souvent très serré pour acquérir cette nourriture.

Mais on sait bien qu'un même aliment, de même qualité, ne produit pas les mêmes effets sur des mangeurs différents, même sur le même mangeur selon son état du moment, l'ordre émotionnel s'avérant particulièrement important dans le cas d'une

⁷⁹ Cf. Vialles, 2004.

personne « handicapée psychique». C'est la juste adéquation de l'aliment au mangeur qui est le critère de « bonne » nourriture. Ce qui signifie que la valeur d'un aliment n'est pas dans les qualités de l'aliment lui-même qui ne peuvent donner qu'une garantie de comestibilité générale, mais dans sa « relation » au corps du mangeur, ou plus précisément au mangeur à travers son corps⁸⁰.

L'octroi du statut d'aliment « adapté », comme réponse à un « besoin primaire », et d'aliment tout court à un produit consommable résulte donc de choix culturels très restrictifs qui ne doivent rien aux qualités intrinsèques aux produits et à leur aptitude à entretenir la vie et la santé. Dans ce cadre, le simple entretien du corps ne peut être le tout de l'alimentation. Le choix doit prendre en considération les effets d'un aliment sur la personne entière du mangeur et atteindre ses composantes immatérielles, et faire de l'aliment une nourriture (y compris affective) qui est l'aliment « adapté » au mangeur effectif, auquel il appartient de discerner, sur un mode actif, ce qui lui convient ou non. L'accompagnement, pour être une « aide » véritable, doit se faire l'écho des choix « personnels », exprimés à condition d'éviter le jugement critique opéré sur les bases « objectives » de l'hygiène alimentaire, et éviter ainsi les « surprises » récurrentes en découvrant, dissimulés dans un coin de placard, les aliments non consommés, à la date périmée.

A partir d'une confrontation systématique entre les formes d'intervention concrètes et les expériences subjectives du handicap psychique éprouvées dans ce cadre d'expériences, l'analyse espère apporter un éclairage sur les hiatus et discordances susceptibles de se produire entre les perspectives. La complexité des difficultés éprouvées est telle que seule une compréhension fine des effets positifs ou négatifs des prises en charge dont le souci d'apporter des réponses adéquates ne peut être mis en cause, saura rendre justice à des dimensions souvent négligées de ces expériences éprouvantes, et réduire simultanément le défi qu'elles constituent pour les acteurs professionnels, eux-mêmes pris entre principes d'action professionnels et enjeux personnels contradictoires.

⁸⁰ L'argumentation de N. Vialles permet de mieux comprendre les choix et conduites alimentaires « personnels », souvent « incongrus » aux yeux du personnel.

II.4.10. Expériences de concernement, pratiques interstitielles et affectivité

Un enjeu personnel se profile derrière les attitudes « professionnelles » et les comportements protocolaires, déployés de manière variable par le personnel envers les personnes « handicapées », selon les circonstances et les protagonistes en présence.

Devant le spectacle des difficultés et « incapacités », la perception parfois inévitable de la souffrance d'une personne « handicapée » qui leur est inhérente implique, non seulement un processus cognitif mais toujours aussi une participation « pathique » du sujet qui perçoit. Percevoir la souffrance d'autrui déclenche une expérience sensible et une émotion à partir desquelles s'associent des gestes et des postures dont le contenu dépend de l'histoire singulière du sujet percevant.

La perception de la souffrance d'autrui déclenche donc un processus affectif qui, en retour, semble indispensable à l'achèvement de la perception par la prise de conscience dont la stabilisation mnésique dépendra de la réaction du sujet face à sa propre émotion : rejet, déni et désaveu ou acceptation. De sorte que l'intolérance affective par rapport à sa propre émotion peut conduire un sujet à s'isoler de la souffrance de l'autre par une attitude d'ignorance et d'indifférence. En d'autres termes, la conscience ou l'insensibilité à la souffrance d'autrui est indéfectiblement tributaire du rapport du sujet à sa propre émotion⁸¹.

Ce qui pourrait expliquer les deux attitudes majeures observées :

– ou bien le retranchement derrière les postures « professionnelles » qui légitiment l'insensibilité et l'indifférence : le recours au rationalisme et aux méthodes d'objectivation de l'Autre catégoriel se trouvent à la base de la « neutralité émotionnelle » et de la retenue affective comme principe éducatif majeur qui est aussi un véritable interdit social ; l'asymétrie des rôles est ainsi une condition nécessaire et conditionne, en effet, la relation professionnelle instaurée avec la personne « handicapée », afin d'éviter le terrain émotionnel de la rencontre (enjeu majeur) ;

– ou alors, l'engagement « personnel », en acceptant de se confronter à ses propres affects déclenchés par l'émotion perçue de l'autre, à la base des pratiques interstitielles qui dans le même mouvement déplacent la frontière entre vie professionnelle et privée et installent la personne « handicapée » dans un champ de relations réversibles.

Une expérience de « concernement » est souvent l'enjeu intime des initiatives personnelles prises par les éducateurs (autant que les médecins), quand une expérience

⁸¹ Cf. Déjours, 1998.

semblable de rejet sur la scène des inégalités sociales, ou la similarité perçue de certaines des difficultés inhérentes à la catégorie du « handicap psychique », éprouvées dans le passé et surmontées, modifient le scénario relationnel en laissant la place à une relation interpersonnelle.

L'examen du terrain émotionnel de la rencontre entre les protagonistes montre, en effet, que non seulement l'émotion est bien une expérience sociale, mais met en place les conditions d'un jeu d'identification Soi/Autruï, en amont et au fondement du jeu relationnel lui-même⁸².

La posture « professionnelle » du psychiatre lui-même face aux personnes « handicapées », lors des situations de jugement, n'est pas exempte de telles expériences.

Une expérience de « concernement » semblable, proprement inavouable et jamais ouvertement avouée, semble se dissimuler derrière une attitude générale d'« objectivité moralisée » : preuve contre l'intrusion de la subjectivité qui serait signe d'incompétence professionnelle, la non-intervention d'un scientifique est au cœur de la vérité objective à produire au contact des personnes à évaluer, et exige idéalement l'effacement du sujet de la scène du jugement, méfiant envers les périls « intérieurs » qu'il cherche à discipliner par des méthodes, des mesures et une discipline rigoureuse. Vecteurs de vérité, la réserve et la retenue émotionnelles se trouvent à la base d'un ethos professionnel auquel le conflit interne impartit sa tonalité morale. Le but de cet ethos semble loin d'être purement scientifique, sa composante émotionnelle paraît au contraire considérable, son enjeu intime inavouable : l'évitement de toute intersubjectivité afin d'éviter la contamination émotionnelle et affective. Bannir du jugement et de l'interprétation « scientifiques » la subjectivité confère à la vérité objective son caractère d'évidence nécessaire, dans la conscience intime qu'une certitude absolue ne saurait être atteinte ?

Le jugement porté sur X dans la scène d'entrée repose sur cet ethos professionnel. Le contrôle d'une réalité pathologique toujours fuyante et le raisonnement qui lui est appliqué semblent confirmés par le spectacle des désordres qui

⁸² Le jeu d'identification révèle une tension fondamentale et une inquiétude, jamais complètement résolue, entre la reconnaissance de soi en l'Autre, redoutable par son pouvoir de faire basculer « de l'autre côté », et l'impossibilité, tout aussi effrayante de se reconnaître en Autruï : l'Autre ne ressemble plus à soi et devient radicalement « étranger » à soi, jusqu'à la perte d'« humanité » qui interdit de nouer toute relation « connue ». Une tension pleinement assumée dans le jeu d'identification concerné ici. En amont d'une relation « positive », il peut comprendre un frère, une sœur « handicapés psychiques », auxquels l'éducateur se réfère comme double de soi. Parfois la possession d'un même patronyme, une même origine villageoise, l'appartenance à une même communauté locale suffisent à déclencher l'initiative.

révèlent « nettement » l'un des prototypes du savoir psychiatrique et produit instantanément un même type de jugement. Les troubles perçus comme « caractéristiques » renvoient au « typique », c'est-à-dire au « général » et à l' « ordinaire », et sont des facteurs de certitude qui chassent le sentiment d'inconfort et de pression ressenti devant l'incertitude et l'ambiguïté d'un « cas », et réconfortent : ils réassoient le fondement idéologique de la psychiatrie dont les valeurs de rationalité et d'objectivité contribuent à la qualité « ressentie » de l'expérience professionnelle⁸³.

Un jour, toutefois, une personne au profil proche du sien (même origine, même catégorie sociale) fait irruption sur la scène du jugement, fait basculer la posture professionnelle habituelle et bouscule le monde des évidences médicales, à la fois extrêmement bâti et toujours prêt à vaciller, et met en branle autre chose que l'appareil conceptuel dont dispose le psychiatre dans l'approche d'une personne « handicapée ». Un enjeu qui engage sa subjectivité comme malgré lui, le touche dans ses affects, ses émotions et rompt avec la routine quotidienne...

C'est sur ses initiatives « personnelles » que fut mis en place, dans ce « cas » précis, un « appartement thérapeutique » temporaire, au domicile « privé » de ce « patient » foudroyé par l'apparition « subite » d'une pathologie psychiatrique (schizophrénie), maintenu ainsi dans son « milieu naturel » et suivi, tout d'abord, par un infirmier de l'hôpital de jour, en même temps que d'intégrer temporairement le SAS, quitté en début d'enquête. Si le « cas » est pris pour un exemple de coordination « réussie » entre secteur sanitaire et social, l'ouverture du champ des possibles, créée et soutenue par l'engagement personnel de l'acteur décisionnel semble bien en avoir favorisé la mobilité.

Résumons. Les pratiques interstitielles du SAS issues de l'engagement « personnel » d'un éducateur opèrent dans l'espace de frontière entre « ordres établis » et introduisent chez la personne « handicapée » des changements mineurs, au centre d'une chose très importante : la transformation. L'expérience transformative concerne les petits changements dans les processus corporels qui possèdent des effets sociaux cruciaux du point de vue des expériences subjectives : plus de mains ni de genoux qui tremblent, plus de mains moites ni de front en sueur, moins d'angoisse qui noue la gorge avant la rencontre, une légèreté corporelle plus grande...les sensations d'anticipation allant en s'amenuisant.

⁸³ L'incertitude crée bien souvent des situations de menace de l'équilibre mental et émotionnel, un déséquilibre qui pourra être restauré par des facteurs de certitude.

Le défi du travail éducatif est d'aller au-delà d'un « travail de surface » qui crée des routines et habitudes quotidiennes et fabrique une « apparence de normalité », derrière laquelle la souffrance continue à creuser.

L'expérience d'une réduction significative de tels phénomènes corporels, issue d'une intersubjectivité nouée apaise les pensées négatives en libérant l'élan vers autrui, renouvelle le terrain potentiel des relations sociales, auparavant distantes ou rompues. C'est la création de l'intersubjectivité, à la base des expériences transformatives qui présente le défi majeur des prises en charge.

III. Les expériences subjectives du handicap psychique

Les observations empiriques dans divers cadres d'expériences montrent que, pour les personnes « handicapées psychiques », selon le jour et le contexte (protagonistes en présence, tonalité affective), mêmes les actes et gestes les plus « simples », comme se vêtir et se coiffer avant d'affronter la vie « extérieure », croiser les passants dans la rue ou entrer dans un bâtiment administratif, demander du pain au boulanger, payer les courses à la caisse du supermarché, peuvent poser problème. « Quelque chose » surgit au sein de l'expérience de la personne et la déstabilise – il s'agit toujours d'un événement relationnel, actuel ou anticipé –, la fait « subitement » hésiter, met son corps en arrêt et secoue le monde vécu dans ses fondements. Les personnes parlent d'une perte « subite » de l'énergie vitale qui envahit leur être et attaque jusque leurs fonctions physiologiques, bloque leur « capacité » à nouer des relations avec autrui, motive leur repli ou leur fuite et les installe dans une sorte d'« immobilité » qui mine leur capacité à agir et à se relier au monde. Toute coordination du corps, des choses et de la pensée dans laquelle une souffrance sans nom installe comme des blancs, nécessaire pourtant à l'ordonnement de la vie quotidienne, devient ponctuellement difficile et, désorientée et perplexe, abandonne la personne seule au bord de sa propre expérience « ordinaire » du monde. Il suffira pourtant d'un regard, d'un geste comme « involontaires » d'autrui, voire du contact même éphémère avec un objet « personnel » sensible qui aura emprunté sa sensibilité au monde des personnes plutôt que des choses pour « remettre en marche » le corps et rendre à nouveau, avec le monde, la personne à elle-même.

Dans ces conditions, plutôt que de focaliser l'attention sur les dimensions comportementales (les « capacités/incapacités » observables, mais « non motivées ») ou

cognitives (les « croyances » et « motivations » uniquement « dans la tête ») des expériences du handicap psychique, l'approche adoptée cherche à les insérer dans la fluidité caractéristique des « expériences vécues », et fait glisser l'analyse vers ce qui apparaît comme primordial aux yeux des personnes elles-mêmes : le « sens » d'une existence et d'une expérience humaine dans la continuité, par maints aspects, d'une expérience « ordinaire », en même temps qu'affligée d'un « mal » lié aux manières spécifiques de « ressentir » les rapports au monde, notamment dans les situations exceptionnellement menaçantes, à leurs yeux, qui introduisent les dimensions « extraordinaires » de leur expérience. Dans les expériences quotidiennes, dimensions « ordinaires » et « extra-ordinaires » ne sont pas séparées, mais se combinent en fonction du contexte immédiat.

Un fossé sépare ce registre d'expérience foncièrement incertain, insaisissable, à la limite des mots et du racontable, ce qui ne peut que maximaliser l'écart entre la « réalité », l'expérience et l'expression proprement verbale, de ses définitions psychiatrique et éducative qui assoient son caractère « certain » à travers leurs diverses expertises.

S'il s'agit de deux versions des expériences subjectives du handicap psychique, sur lesquelles l'analyse a jeté quelque lumière en tant que systèmes qui organisent l'expérience, définissent la nature des difficultés et créent la réalité des handicaps, il n'en reste pas moins que ces deux lectures qui partagent une préférence pour des formulations en termes « psychologiques », à partir de prémisses proprement culturelles concernant l'émotion, le moi et la personne, font référence à une même expérience, initialement vécue par la personne dans sa chair. Il n'y a ultimement qu'une seule expérience, celle de la personne « handicapée », dans une situation existentielle unique, de laquelle sont abstraits et élaborés des discours culturels divergents. Une approche de l'expérience initiale, en amont de ses objectivations en tant que handicap psychique, s'avère d'autant plus nécessaire que le terrain existentiel commun aux expériences subjectives pointe vers une souffrance en tant que « êtres humains incarnés », pour lesquels toute distinctions entre « difficultés » psychologiques, cognitives, affectives ou somatiques ne fait simplement pas sens sur le plan de l'expérience elle-même. Pour comprendre, quelle est de fait la nature de l'expérience que les réalités psychiatrique et éducative représentent et tentent de prendre en charge, l'approche anthropologique des expériences subjectives du handicap psychique doit viser la reconstruction, dans des termes proches, des versions « privées » d'une expérience avant tout existentielle, en

amont de ses définitions en tant que « handicap », (manifestations des incapacités en termes de souffrance). Dans cet esprit, les conséquences du handicap psychique apparaissent comme des efforts abandonnés et/ou renouvelés afin de (re)créer le sens d'une existence, souvent à distance du monde social « ordinaire », et de gagner une perspective de vie.

III.1. Les épreuves d'une sensibilité spécifique

Dans les versions privées des expériences subjectives, l'accent est mis par les personnes sur une « hyperémotivité », une « hypersensibilité » et une « hypersensorialité » comme caractéristiques du noyau intime de leur personnalité, à la base d'une « vulnérabilité psychique » jamais exprimée en termes de handicap. Les formulations insistent sur le fait que les sensations et émotions agissent en amont de l'idéation et du discursif, et sont premières dans l'appréhension de leur monde⁸⁴.

De ce terrain d'expérience émotionnel et sensitif particulièrement intense surgissent des thèmes communs et configurations récurrentes qui transcendent autant les psychologies individuelles que les divers cadres d'expériences dans lesquels ils s'actualisent. Un registre d'émotions fortes cristallise de fait une réalité interne et/ou externe qui change en quelque sorte la texture du monde social et le fait éprouver comme une « menace », dès lors que la personne est exposée à ses aléas imprévisibles et à ses dimensions émotionnellement nocives.

La divergence avec la version psychiatrique de l'expérience, largement reprise à ce propos par l'équipe éducative, est frappante, le registre émotionnel particulièrement dense dans les manifestations des « handicaps » restant singulièrement négligé dans le cadre des évaluations et expertises.

L'atténuation ou l'absence de l'expression émotionnelle, associée à l'indifférence, l'apathie, la pauvreté de discours, le repli social et autres symptômes négatifs est en effet intégrée dans un modèle diagnostique qui ne correspond pas aux émotions subjectivement éprouvées par ceux qui manifestent vers « l'extérieur » ces signes. Un présupposé psychiatrique implicite veut que l'expression émotionnelle appauvrie corresponde en tous points à l'expérience émotionnelle « intérieure » effectivement vécue, et se trouve classée parmi d'autres « déficits » caractéristiques des « handicaps ». L'hyperémotivité, la sensibilité particulièrement vive, une timidité

⁸⁴ Voir ci-dessus : du « ressentir » surgit la « capacité » d'agir.

souvent extrême et une vie émotionnelle, au contraire, particulièrement intense souffrent d'une mésinterprétation de ces phénomènes : la négation et le jugement des manières mêmes d'être ému lors de tout contact avec un « Autre social » qu'une dynamique émotionnelle intense rend nécessairement « intime », ne peuvent que causer une détresse supplémentaire.

Le paradoxe de cette représentation psychiatrique consiste dans l'affirmation simultanée de deux contraires, à partir d'une « perception » sensible qui ignore et met en doute le registre émotionnel d'une personne qualifiée de « vide » et jugée « incapable » d'apporter les réponses émotionnelles adéquates requises par l'échange social, alors même que dans le discours décontextualisé, elle peut se trouver qualifiée d'« excessivement sensible » aux communications socio-émotionnelles⁸⁵.

Le statut problématique de l'« affect vacant » dans la version psychiatrique ne rend pas justice aux émotions douloureuses, extra-ordinaires en intensité et durée, des expériences subjectives du handicap psychique. Il est essentiel de décrire le registre des émotions fortes, en amont des « incapacités » et « incompétences », afin d'éviter de dénaturer ce qui est au cœur de leurs expériences, l'émotion s'avérant l'élément critique pour démontrer la signification, positive ou négative, des relations sociales et de l'engagement social : elle est ce par quoi l'homme peut s'articuler au social et donner « sens » aux événements. C'est dans l'échange émotionnel mutuel (auquel la description de la scène d'entrée a cherché à introduire) qu'il faut chercher les indices responsables d'une « rupture » avec les possibilités de construction d'une intersubjectivité personnelle, indispensable aux yeux des personnes « handicapées » afin de créer, maintenir ou restaurer une expérience de soi positif.

⁸⁵ Dans la réalité expérientielle des personnes, toute situation éprouvée comme jugement social, en effet, fait apparaître une « discontinuité » émotionnelle apparente entre d'un côté expression comportementale et corporelle (expression faciale, posture corporelle, indifférence et immobilité) immédiatement inscrite dans un registre « négatif », et expérience subjective de l'autre (expérience de « pétrification » du corps et du visage, éprouvé comme forteresse, prison, masque « mortuaire », à l'approche d'une « mort sociale », et « impossibilité » de trouver une issue à la situation sans le « recours » du partenaire de l'échange, qui devra changer de « dispositions » à son égard). La caractérisation de la personne « handicapée » en termes de « pauvreté émotionnelle » paraît reliée à deux erreurs analytiques : 1. La confusion de l'expérience avec l'expression de l'émotion. Le « manque » ou l'« incapacité » présumés de puiser dans le répertoire culturel d'un vocabulaire de l'émotion jugé « adapté » ont pour résultat de mettre en doute les compétences sociales et le statut moral des personnes handicapées. 2. Une rupture de perspectives entre observateur et sujet, due essentiellement au jugement, par le premier, d'un « manque » de communication et d'intersubjectivité, que ce soit le clinicien, un membre de la famille ou le partenaire d'une interaction sociale occasionnelle... « manque » par ailleurs bien réel, mais dont la responsabilité est attribuée à la personne « handicapée » seule.

III.2. Les conceptions de l'indépendance et de l'interdépendance

Il convient de souligner ici un point essentiel pour la compréhension des expériences subjectives, déjà relevé à plusieurs reprises, tant il traverse le champ conceptuel et pragmatique du « handicap psychique ».

De manière générale, les difficultés relationnelles dont font preuve les personnes « handicapées », s'inscrivent dans des vues divergentes de ce que le « soi » devrait être dans la fabrique sociale, en lien avec la conception culturelle de l'indépendance qui configure la nature de la correspondance entre la personne et son environnement⁸⁶, et se trouvent au fondement de leurs expériences émotionnellement « négatives » en tant qu'écart par rapport à une norme dominante.

Examinons brièvement le lien entre construction culturelle du soi et l'émotion, et ses implications pour le comportement social « adéquat ».

Faut-il rappeler, encore une fois, que dans ce modèle, lié à l'idéologie de l'individualisme, le soi est défini comme une entité indépendante, auto-suffisante et détachée du contexte social, comprenant une configuration d'attributs internes (traits, émotions, motivations, désirs, valeurs et droits) et se comportant essentiellement comme une conséquence de ces attributs. Une visée sociale explicite, à partir de cette perspective, est de séparer le soi des autres et de le soustraire ainsi à une influence induite, structurant puissamment ce que signifie d'être une « personne »⁸⁷.

Les idées générales d'indépendance et d'autonomie de l'individu par rapport aux autres, mêmes contredites par des pratiques individuelles qui tentent de résister au modèle dominant, possèdent toujours une grande influence et prennent vie dans un ensemble d'institutions qui forgent le comportement social. Tout individu vivant dans une société fondée sur les idées individualistes continue à être constamment exposé aux pratiques qui leur sont associées, et se trouvent également portées par le service d'aide sous examen. L'expérience individuelle y reçoit une place privilégiée dans le processus comportemental.

Conformément à ces idées, sont socialisés et cultivés les états émotionnels qui promeuvent une indépendance et un désengagement ressentis par rapport à autrui, et confirment les attributs autodéfinitionnels de l'individu : tendances à la mise en valeur de soi, sentiments positifs de soi issus des performances personnelles, les états

⁸⁶ Cf. S. Kitayama, H. Markus, 1994.

⁸⁷ Perspective ancrée dans les traditions philosophiques occidentales et liée à la vue cartésienne qui veut que la finalité d'une existence consiste à créer, définir et objectiver le soi, un impératif culturel particulièrement efficace dans le champ d'expériences sous examen. Cf. Kitayama, *ibid.*

émotionnels comme la fierté, le confort et le bonheur qui leur sont associés, mettent en lumière la séparation fondamentale de soi/autrui et signalent que l'impératif culturel a été servi. A la base d'une identité positive et aux fondements d'un bien-être émotionnel et d'une qualité de vie, les processus de construction de soi sont tous conditionnés par la signification rattachée au soi et nécessitent la séparation avec les autres : la présentation de soi est une affirmation de la valeur personnelle ; l'estime de soi est servie par le sourire et l'amabilité comme indicateurs d'un sentiment de soi positif⁸⁸ ; la conscience et l'évaluation de soi sont introspectives et autodirigées. Ce sont les émotions qui reflètent et accentuent la signification accordée au soi qui sont ressenties comme positives, adéquates et bonnes : affects et sensibilité deviennent les vecteurs privilégiés par lesquels l'autonomie trouve ancrage dans le corps existentiel.

A l'encontre de ce modèle, les expériences du handicap psychique révèlent des conduites et expériences émotionnelles dont les valeurs et qualités se rapprochent d'une conception de l'interdépendance, logée moins dans la pensée que dans le corps « sentant »⁸⁹.

Le soi n'est pas éprouvé comme séparé des autres et du contexte social environnant. Fondamentalement corrélé aux autres (malgré les apparences), c'est le soi en relation avec autrui qui est au centre de l'expérience individuelle, et pour comprendre adéquatement les « sentiments de soi » des personnes « handicapées psychiques », l'analyse doit dissoudre la frontière soi/autrui qui est le point de départ fondamental dans la conception précédente, et éclairer en termes « positifs » l'interdépendance éprouvée entre soi et le contexte environnant. A l'inverse du point de vue indépendant, ce sont les états émotionnels qui accompagnent l'interdépendance et l'hétéronomie qui sont ressentis comme positifs : les sentiments d'affiliation, d'appartenance et de connexion sont associés aux sensations de tranquillité et de bonheur, le sentiment de proximité affective est associé aux sensations de (ré)confort et d'apaisement. Le sentiment de proximité, notamment, éclaire une forme de synchronie entre soi et autrui dans la relation interpersonnelle et promeut chez la personne « handicapée psychique » un comportement social positif dont la constance dépendra de la constance « relationnelle » de l'état émotionnel éprouvé. Le but « intime » de la personne n'est

⁸⁸ La pratique du sourire et le comportement aimable sont en effet les indicateurs qu'une personne « se sent bien », et ce sentiment reflète le « soi intérieur » adéquat requis par la culture : le comportement observé est dirigé par un soi « autonome » rempli d'attributs positifs. D'où leur importance dans le cadre d'évaluation des « progrès » accomplis par la personne « handicapée » sur le chemin de l'autonomie. Conversion en critères « objectifs », au sein d'une expertise proprement « culturelle ».

⁸⁹ Modèle décrit par Kitayama dans un contexte culturel très différent, *ibid.*

pas de devenir autonome et séparé, mais de manière générale devenir l'un des termes au sein de relations interpersonnelles variées. Dans l'expérience d'une interdépendance « réussie », le soi comprend un « Autre significatif », inclut autrui comme une part de soi, de sorte que c'est la relation à autrui qui devient l'unité autodéfinitionnelle, portée par un sentiment du « Nous » ancré, non pas dans la conscience d'intérêts communs ou de similarité propre à l'expérience individualiste, mais dans la force des liens affectifs et émotionnels.

Ainsi le sentiment de « convenir », dans la reconnaissance d'une pleine participation à l'intérieur d'un lien interpersonnel (quel qu'en soit les circonstances) suscite de la fierté et du bien-être et devient l'un des critères les plus favorables à l'expérience positive de soi.

A l'inverse, les émotions négatives comme la peur, la honte, l'anxiété nées d'une interaction sociale accompagnent une « brouille » de l'interdépendance et un désengagement ressenti de soi vis-à-vis d'autrui.

Là encore, l'attention est prêtée non au soi, mais à la relation, et explique partiellement le regard d'anticipation anxieuse porté par les personnes sur toute interaction sociale qui risque de lui renvoyer les indices « négatifs », concrets et perceptibles d'une « inconvenance personnelle », tel que l'effacement, et non l'affirmation de soi face au partenaire de l'échange. Inconvenance issue ainsi de l'« incapacité » à traduire le modèle théorique dominant, à la base de toute une série d'autres représentations sociales, en posture « incarnée » (présentations de soi, comportements et expressions contraires aux attentes).

Comment ne pas reconsidérer, dans ces circonstances, les « difficultés » des personnes « handicapées » à construire une identité positive, montrant un excès de « fatalisme », de « dépendance » et d'« anxiété » identifiés comme attributs négatifs au fondement de leur « personnalité » ?

Il convient de mettre pleinement l'accent sur la transformation d'un impératif culturel – celui de l'indépendance et de l'autonomie – en « expérience subjective », au sein des expériences individuelles qui oscillent entre ce modèle contraignant, d'une efficacité redoutable et un ensemble de valeurs émotionnelles « intimes », tacites, jamais revendiquées en tant que telles qui « contreviennent » à ses impératifs majeurs⁹⁰.

⁹⁰ A cet égard, ne faut-il pas toujours se rappeler que la définition de la personne « handicapée psychique », comme la notion de « personne » tout court, est un artefact comme l'est un outil. cf. G. Lenclud, *ibid.* La personne « handicapée psychique » n'existe pas comme existe l'être censé l'incarner, mais est le fruit d'une convention, qu'elle soit stabilisée ou en train de se construire. Ses

III.3. Expériences de souffrance et économie morale

L'expérience du handicap psychique est un phénomène moral dans la mesure où, comme dans toute forme d'expériences, « quelque chose » d'une importance capitale est « en jeu »⁹¹ pour la personne dont la souffrance au quotidien semble inexorable. Une économie morale, portée par l'économie politique, traverse les valeurs contradictoires « incarnées » dans les manifestations et troubles, inséparables des pressions et influences sociales exercées sur elle. Un sentiment d' « incompréhension » foncière, au sens d'être incomprise et de ne pas comprendre, naît souvent dans le cœur d'une personne affectée dans le sentiment même de ce qu'elle est, dans son corps, ses pensées et ses sentiments, dans ses activités quotidiennes. Un sentiment profond de désorientation s'ensuit dans un monde qui conteste sa valeur (inter)personnelle, où l'Autre social devient la plus grande menace par le regard « négatif » qu'il risque de porter sur un soi qui lui présente tous les indices d'une sensibilité « excessive » à l'environnement interpersonnel, d'une angoisse perpétuelle quant aux possibles « ratages » du jeu social et à la souffrance que provoque l'expérience de rejet qui lui est associé (combinaison émotionnel, en situation, de rejet et de passivité).

L'expérience du rejet revient dans les discours comme un thème indéterminé au sens où il est applicable à un grand nombre de situations variées. A la fois expérience « réelle » et « sentiment « d'être rejeté, le caractère concret du rejet réside dans une synthèse « corporelle » coordonnée d'une perception intériorisée, d'un affect et d'une réponse kinesthésique « spontanée » qui ensemble construisent cette expérience sociale « incarnée ».

De la même manière, l'immédiateté expérientielle d'une « perte de contrôle » (de soi et de la situation) est associée au dépassement d'un seuil de tolérance, défini par l'intensité physiquement éprouvée des pressions et contraintes émotionnelles en situation sociale. La formulation des « problèmes » en termes de « perte de contrôle » et de « soumission » aux influences extérieures reprend ainsi à son compte le langage du

« difficultés » existent cependant indépendamment du jugement, et relèvent de propriétés qui ne sont « négatives » que parce que « contraires » à des impératifs culturels dans les manières d'être et de se présenter comme « personne ».

⁹¹ cf. A. Kleinman, 1995.

« contrôle » (des sentiments, des actions, des pensées, du cours de la vie, des relations) comme thème dominant du modèle d'autonomie et d'indépendance⁹².

Il faut toujours se souvenir des efforts démesurés au quotidien, du combat perpétuel mené par la personne pour demeurer « orientée » dans ce monde éprouvé comme hostile. Les processus corporels et sensations physiques, peu pris en compte, liés aux dimensions émotionnelles exceptionnelles des expériences subjectives, doivent faire l'objet d'une attention particulière, car ce sont eux qui introduisent une « conscience de soi » renforcée, en même temps que les dimensions « extra-ordinaires » du monde sensible, rendant « difficile » pour la personne de prendre à bras le corps de manière pragmatique les tâches ordinaires de la vie quotidienne. Au sein d'une conscience « corporelle » de soi, l'« hypersensorialité » éprouvée au contact du monde met en branle, avec une intensité singulière au cours des interactions « ratées », tout l'appareil perceptuel et sensitif, allant jusqu'à créer un écran entre la personne et le monde : les sens n'offrent plus de prises immédiates, mais doivent être « traversés », en quelque sorte, pour aller vers le monde, plutôt que de permettre de le percevoir à travers eux. L'expérience perceptuelle ne fait pas face à un horizon ouvert, mais à un mur. Les bribes de descriptions phénoménologiques des expériences vécues font émerger une série de thèmes, comme celui de l'immobilité éprouvée « certains jours » qui se réfère à l'horizon d'action dans le monde, comme scellé pour la personne par sa préoccupation exclusive avec sa souffrance intime. L'« incapacité » à manger, à comprendre comme une incapacité à admettre le monde « en soi », l'« incapacité » à dormir, comme celle de s'extraire de la froide immédiateté de la souffrance, d'admettre « en soi » une issue... Des sensations corporelles comme une masse lourde dans la tête, les paupières épaissies, une sensation de poids très lourd de tout le corps comme écrasé sur le sol, et une perte d'énergie radicale, en même temps que la pensée se dissipe et freine la conversation, s'articulent autour d'une même constellation du sens (sémantique) : la lourdeur et l'immobilité d'un soi figé, éprouvées comme manifestations littérales d'une expérience d'oppression (intérieure et extérieure).

L'« incapacité » à se concentrer est directement associée aux sensations physiques de cette lourdeur consécutive à une épreuve sociale dont le contenu cognitif se compose d'« idées noires » sur la valeur de soi et de sentiments de peur et de panique (la présence d'un tiers, « Autre social éloigné », témoin de la scène peut aggraver la

⁹² Dans ce modèle, la « santé » elle-même est le symbole qui condense les métaphores du « contrôle de soi » et de la « libération » à l'égard des influences indues, dans l'expérience d'une autonomie et d'une indépendance reconquises.

situation). De même que l' « incapacité » à se libérer des pressions (et contraintes), simultanément « intérieures » et « extérieures », qui compriment, avec la masse corporelle, la « conscience ». Ce qui pourrait apparaître comme une altération spécifiquement cognitive ou affective de l'expérience ne fait qu'un avec le langage du corps.

Rappelons « l'oubli du sel » de X qui peut être compris comme véritable baromètre des relations interpersonnelles. Au cours du conflit croissant avec son patron, l'impact de l'expérience physique d'oppression sur sa mémoire révèle la combinaison particulièrement prégnante, dans le cadre du handicap psychique, de l'affect, de la mémoire et de la socialité.

A l'inverse, un geste amical, le sentiment d'une compagnie affectueuse, un sourire complice échangé au détour d'une phrase « compréhensive » avec un « Autre social proche » peuvent alléger le poids physique et mental sous lequel la personne se sent « disparaître » et libérer le flux d'énergie vitale « bloqué » sous la pression.

Il faut insister à cet égard sur l'impact d'une « mémoire incorporée » où la souffrance « prend corps », enracinée dans l'être avant le souvenir des éléments douloureux d'une histoire personnelle qui reposent en tant que « signifiants sensoriels » au fond de soi et dont il faut mesurer le poids et le caractère parfois intolérables. La « littéralité » symbolique dont rendent compte les descriptions, correspondent à l'incorporation perceptuelle d'éléments que la mémoire cognitive et la narration n'arrivent pas à saisir, et qui colorent les dimensions « troublantes » des expériences.⁹³ La primauté des phénomènes corporels décrits dans les expériences subjectives implique ainsi de conceptualiser le « soi », structurant fortement la notion de « personne », à partir de l'expérience corporelle, suivant le paradigme de l'incorporation de Th. Csordas (1994), afin d'éviter l'erreur méthodologique de limiter le soi à une catégorie culturelle composée exclusivement de phénomènes « mentaux », en omettant ce qui du point de vue des personnes elles-mêmes, compose le « noyau » de leur souffrance et « difficultés » au contact du monde.

Les remarques qui précèdent permettent peut-être de mieux comprendre l'importance, pour les personnes, du « premier regard » que l'Autre social, quel qu'il soit, porte sur elles, et la crainte de « n'être que cela » même qu'une perception sociale

⁹³ Images et sensations, comprises à la fois dans leur texture sensorielle et leur contenu sémantique explicite. Cf. Corin, 2007.

saisit au « premier coup d'œil », dans l'anticipation angoissée du « risque » que les situations de face à face provoquent, une fois encore, une souffrance profonde de l'être lui-même.

L'analyse introductive de la séance d'admission s'est attachée à élucider les premiers éléments d'une phénoménologie sociale, mis en branle de manière générale sur les diverses scènes relationnelles, et peut être poursuivie ici, notamment autour de l'échange des regards qui souvent influent sur leur « dramaturgie » émotionnelle⁹⁴.

Revenons sur l'efficacité sémiologique d'un signe, d'un coup d'œil, d'un sourire qui distribuent le bonheur, la menace ou la honte et changent l'ensemble de la scène, sans qu'il soit possible, parfois, de les objectiver de manière univoque, lors qu'ils s'effectuent à la vitesse d'un clin d'œil quasi imperceptible. S'enracinant dans les possibilités d'un jeu social non verbal de communication, trop bref pour n'avoir jamais eu lieu, un geste, un regard peuvent échapper à l'inscription sociale de leur propre événement, être niés et défaits immédiatement, de sorte qu'apparemment aucun changement de registre ne semble caractériser l'espace social où cet échange a eu lieu.⁹⁵ La rencontre des yeux, notamment, le croisement des regards, recherché ou évité, sont souvent un événement social dénué de toute pesanteur, mais sans cesse actif au sein des interactions sociales, le regard agissant en contrechamp, et certainement pas en tant que simple accompagnement ou renforcement du sens « voulu » de l'interaction.

C'est dans cet échange efficace, mais possiblement effacé, nous l'avons vu, qu'il faut chercher les éléments significatifs du « retrait » de la personne « handicapée » de la scène relationnelle, de l'évitement ou de la « fuite » dans une « immobilité » figée par le regard évaluateur de l'Autre social qui prend la « mesure » des « écarts » incarnés dans des figures, postures, habits et genres, en situation d'être « vus » au premier « coup d'œil » :

L'impact de la souffrance sur la présentation de soi s'offre ainsi aux yeux d'autrui : les éléments d'une physionomie comme « effacée », les yeux creusés, les traits brouillés par la fatigue, l'inachèvement d'un visage à peine ébauché, sur lequel s'imprime un « manque » de personnalité « certain » constituent une intensification, visible « a priori », d'une « singularité » irréductible qui conduit souvent à un jugement identitaire synthétique.

⁹⁴ Cf. V. Nahoum-Grappe, 1998.

⁹⁵ Les implosions ou explosions subjectives (agressivité) jugées « immotivées » par le psychiatre s'inscrivent dans ce contexte.

L'impossibilité physique et morale de « soutenir » le regard assuré de qui s'impose comme un « grand Autre », posé « verticalement » sur la personne réduite à n'être qu'une pesanteur corporelle en échec, prise parfois en flagrant délit d'une infraction mineure (un habit bizarre, une tâche, un trou) qui lui fait baisser les yeux ou lui interdit d'emblée de les lever, et imprime une irréversibilité de la communication.

A l'inverse, l'échange des regards, toujours « horizontal » et entre quatre yeux, possède le pouvoir d'inscrire et d'éprouver dans le corps une « réciprocité », une « mutualité » sans concept, et offre un lien « sans jugement », sans autre contenu parfois qu'une ébauche de sourire⁹⁶, d'une « aide » incontestable pour les personnes en souffrance⁹⁷.

Ce sont d'infimes évènements de cette sorte dont les effets paraissent « disproportionnés » par rapport à l'inconsistance de leur action fulgurante qui infléchissent de manière décisive l'issue de l'échange social (passages aux limitations et désengagements en situation).

L'expérience cumulative de telles scènes, souvent dès la petite enfance, vécues comme les « échecs personnels » d'un soi « négatif » intériorisé, « incapable » de se confronter et d'imposer sa présence à autrui, quand il est figé sous l'emprise verticale d'un « simple » regard, subit également tout l'impact du modèle culturel « indépendant » qui veut que l'état émotionnel « subjectif » soit autoréférent, sous contrôle de la personne seule et échappe à son origine « intersubjective ». Pourtant, le balayage vertical évaluateur de l'autre comme une « chose » marque toujours une relation de domination, quel qu'en soit l'argument et l'enjeu.

L'expérience d'une souffrance durable, « chronique » est l'une des conditions existentielles du monde d'expériences du handicap psychique dont on ne peut ignorer l'origine intersubjective, en amont des « incapacités » quant à la participation au jeu social, et implique une analyse du type et du degré de la souffrance qui « motive » la personne à s'extraire du monde ou à s'y engager, en lien avec une série de représentations sociales autour de la féminité, la virilité, la rationalité ou la folie.

Dans les cas d'obésité, de plus en plus nombreux dans le champ d'expériences du handicap psychique, l'évidence, pour autrui, de l'effacement de la féminité derrière une masse corporelle rarement compensée par une vivacité de comportement, possède

⁹⁶ Cf. V. Nahoum-Grappe, *ibid.*

⁹⁷ Une « relation d'aide » ouvertement conceptualisée en ces termes, pourrait rendre légitimes les pratiques interstitielles du SAS.

un impact redoutable sur la définition et l'expérience de soi, et de manière générale, fait de l'obésité le signe corporel d'inefficacité⁹⁸.

De la même manière faut-il saisir les rapports entre souffrance et virilité : la première, par trop « visible » et immédiatement « perçue » dans une conduite timorée, un manque de « conviction » dans le parler, est rapidement disqualifiée, sans même y prendre garde, au nom de la seconde, incontestée : la première est dénoncée comme preuve de lâcheté et de couardise, comme l'attribut d'une « femme », d'une « lavette », « déficiente » et sans courage, alors que la seconde est tenue pour une vertu « originaire » et une valeur qui renvoie à un « caractère », un fait de « nature » plutôt que de culture ou de raison. Dans le sens commun, la virilité a partie liée avec la peur, et la lutte contre la peur, dans laquelle la personne « handicapée » fait office de victime.

Encore une fois, les « capacités/incapacités », loin d'être non motivées, sont souvent les conséquences directes d'un jeu relationnel douloureux et ne peuvent être définies par et pour elles-mêmes et, du point de vue des expériences subjectives, les énumérer à l'intérieur d'un catalogue d'aptitudes ou d'inaptitudes ne fait tout simplement pas sens.

III.4. La solitude comme intersubjectivité manquée

Des expériences subjectives du handicap psychique surgit un paradoxe apparent, révélateur de leur complexité et leurs tensions jamais résolues, qui veut qu'un fort sentiment d'(inter)dépendance vis à vis du contexte relationnel soit intimement lié à l'expérience d'une solitude irrémédiable.

L'épreuve de la solitude dont les dimensions d'« esseulement » sont toujours douloureusement vécues, est en effet au cœur même des expériences subjectives du handicap psychique, en même temps qu'elle en est une condition existentielle majeure. La solitude est certainement l'une des expériences humaines les plus puissantes, non seulement parce qu'elle signale « à l'évidence » l'absence de liens sociaux, mais aussi parce que « l'échec » à l'expérimenter de façon « appropriée » semble remettre en question la nature même d'une personne en tant qu'être social. C'est dans cette

⁹⁸ Les expériences subjectives font état de la descente aux abysses de la désidentification d'une personne perçue aujourd'hui selon son apparence physique. Dans certains cas, l'épreuve d'une transformation sociale est ressentie comme une transformation ontologique : il s'agit alors de « dévorer », plutôt que d'être « dévoré » sur la place publique.

perspective qu'elle est conçue comme l'un des critères majeurs d'autonomie (à acquérir) au sein du SAS.

De fait, la solitude est une expérience paradoxale à maints titres⁹⁹.

Une fois insérée, et non abstraite des situations et relations particulières dans lesquelles elle s'éprouve, on s'aperçoit qu'aux côtés des connotations négatives associées à ses jugements sociaux en tant qu' « isolement », la quête de « solitude » des personnes « handicapées » s'oriente ostensiblement vers une recherche d' « intimité » et de « privauté » éprouvées comme émotionnellement « positives », en raison même du caractère douloureux des dimensions émotionnellement « nocives » du jeu social.

Le paradoxe central de la solitude, en effet, relevé par L. Wood (1986), veut qu'elle est l'expérience à la fois la plus a-sociale et la plus sociale, et ne peut se contenter de sa définition négative en tant que simple « absence du social » (expérience privée de la séparation, du manque de partage, individualité isolée, absence du « Nous » etc.) Quelque chose de très social existe dans l'essence même de la solitude, en ce qu'elle implique toujours une « intersubjectivité manquée », dans la mesure où l'intersubjectivité, dans une relation donnée, implique une compréhension mutuelle et une perception partagée des significations tacites d'une situation et l'existence implicite d'un sens « commun ». L'intersubjectivité est caractéristique d'une relation, d'une expérience mutuelle, plutôt que d'une expérience individuelle. La solitude naît ainsi de la reconnaissance d'un manque d'intersubjectivité et d'une absence de compréhension mutuelle qui crée souvent, chez les personnes « handicapées psychiques », la confusion et l'embarras.

A cet égard, il convient de souligner ceci : ce n'est pas seulement que la personne pense et « sent » qu'autrui ne la comprend pas ; elle ne comprend pas, à son tour, le monde « subjectif » des autres : il existe bien une absence de compréhension partagée.

Si la nature des « manques » impliqués dans les diverses relations diffère selon les expériences individuelles (solitude caractéristique d'une relation en cours, d'une perte de relation (divorce, décès) ou de l'ensemble des relations d'une personne :

⁹⁹ dont le statut en tant qu'émotion de base n'est pas des moindres. Voir la construction de la solitude comme émotion et « problème social » dans l'histoire récente, associée aux changements sociaux et démographiques du 20 s. L. Wood, 1986. Au cours de ce processus de « psychologisation » croissante, la réflexion sur la souffrance créée par l'effondrement des relations sociales et leur expérience personnelle « douloureuse » fixe en même temps l'aspect ouvertement moral de l' « être solitaire » et sa valeur sociale en tant que « personne » (« faible, qui manque de confiance en soi, qui est en échec, suspect, voire dangereux pour la communauté dont elle n'est pas membre etc.).

expérience d'un manque d'intersubjectivité total, éprouvée au sein de toute relation), de même la perception du degré d'intersubjectivité « manquée » peut varier selon les personnes.

Retenons ici un point essentiel : la solitude ne peut pas être définie indépendamment des relations sociales, et c'est la nature même de ces relations qui est son essence, son contenu. La solitude implique la substance même d'une relation : son intimité, son intensité, sa force.

Considérer ainsi la solitude comme « intersubjectivité manquée » et absence de compréhension partagée, notamment des dimensions tacites, implicites de la communication sociale¹⁰⁰, procure incontestablement une clef commune pour comprendre des expériences individuelles apparemment disparates, et explique partiellement les situations de « passage aux limitations de la vie sociale ».

III.5. Le « chez-soi » comme condition de la participation sociale

Les expériences subjectives du handicap psychique se dessinent, de manière générale, dans le cadre d'un « repli » par rapport à la société ambiante qui donne forme à des façons singulières de vivre dans le monde et permet d'accueillir les dimensions « troublantes » de leurs expériences (durée et intensité des émotions et significations « incorporées »).

Il est essentiel, en effet, pour les personnes d'instaurer des espaces de retrait et de « repli de soi » qui, malgré la mise à distance du monde social, leur permettent d'élaborer des idées socialement valorisées, où trouve à s'exprimer un sentiment d'altérité profondément ancré, et légitiment leur « retrait » en leur concédant l'espace de « solitude » nécessaire à l'élaboration « positive » de soi.

L'examen des expériences subjectives montre que c'est la fonction essentielle d'un « chez-soi » personnel que de procurer les « ressourcements » qui influent sur les « capacités » d'une personne à maintenir le cours de sa vie, et c'est sa « capacité » à construire cet « espace protégé personnel », serait-ce aux marges du monde « ordinaire » que dépend son aptitude à se confronter au monde social et à maintenir, restaurer ou créer des liens sociaux significatifs.

¹⁰⁰ L'une des raisons pour lesquelles il est si difficile pour les personnes de décrire leur expérience de la solitude est qu'elle ne peut pas articuler « l'intersubjectivité manquée » précisément parce qu'elle emprunte la voie de l'inarticulé, du tacite.

Ici l'intérêt de l'analyse pour le rôle des codes sociaux et normes émotionnelles qui gouvernent la « participation » à un milieu social (tels qu'ils sont mis en œuvre par les services d'aide) se double d'une attention renforcée envers les manières plus « solitaires », singulières de créer des rapports au monde, parallèlement aux efforts concédés « par obligation » pour satisfaire les exigences du SAS dans le maintien d'une vie quotidienne proche de l'« ordinaire ». Si le retrait par rapport au monde social, dans notre société, reste culturellement « anormal » et tend à être perçu négativement, la conscience de la marginalité culturelle de leur position n'empêche pas certaines personnes « handicapées psychiques » de déployer une grande créativité dans les manières d'utiliser certains éléments du contexte culturel afin de développer une « position de la distance », à résonance « positive » dans leur vie. Les reconstructions ethnographiques peuvent ainsi mettre en scène une série de « stratégies de soutien » privées, reformulées comme des façons particulières d'habiter le monde et d'investir la cité. Compte tenu des limites de cette étude, la démonstration de l'efficacité de leurs mécanismes concrets, au demeurant fort complexes, ne peut être faite ici.

Signalons, toutefois, l'élaboration de diverses figures d'altérité positive, à travers les pratiques artistiques, spirituelles, technologiques :

La création artistique de X, pour prendre un exemple, installée au cœur de son appartement –la cuisine comme lieu de transformation par excellence – comprend une expérience de retournement positive, ignorée par le SAS, de sa prétendue « inauthenticité » en qualités d'authenticité inversée (intérieurité et originalité versus extériorité et « imitation » comme recherche de liens) et influent nettement sur ses « capacités » à assumer les diverses tâches du quotidien, sur sa mémoire... Au cœur de l'expérience de création où le geste prévaut à l'œuvre : l'implication corporelle et émotionnelle, garante de l'immédiateté du lien entre la source (extérieure : la communauté d'artistes, et intérieure) du geste créateur et son résultat (l'œuvre, et à travers l'œuvre la « conscience de soi » corporelle).

Il faut noter l'importance des « temps vides » et des ressacs, du dormir qui incarne le retrait et fait échapper au monde ; un investissement particulier des espaces publics de la ville où il s'agit de se mêler sans interagir, d'être « avec », mais à distance ; une vie nocturne insoupçonnée, de même que le goût pour un « intérieur » aux recoins sombres, rideaux tirés mettant à profit l'humanité de l'imprécis...

Bien souvent, le « chez soi » d'une personne « handicapée » présente un désordre incompréhensible, et révèle de fait les subtilités d'une mise en œuvre de

l'affectivité qui participe au maintien d'une réalité commune. Mystérieux pour la personne elle-même, le désordre opère comme un « bric-à-brac mnémonico-affectif » (Dassié, 2010) qui touche à l'affectivité comme corollaire d'une relation intime avec les objets et à la mémoire incorporée (relation implicite entre mémoire affective et objet). Le regard s'attache d'abord au caractère absurde devant la disparité d'objets qui paraît échapper à toute logique. Mis côte à côte sans raison apparente, une pierre, un étui en métal, une carte postale déchirée, un bracelet de perles, une voiture en miniature, un DVD, un arrosoir posés entre deux bols et quelques prospectus publicitaires reliquats d'un petit déjeuner vieux de trois jours, de vieilles chaussures entre quelques meubles dépareillés, des bouteilles vides éparpillées sur le sol heurtent toute logique fonctionnelle et « dérangent », tant ils ne semblent pas être à leur place. Sans cohérence apparente, ils ne sont liés, en effet, que par l'attachement de la personne à leur égard, racontent les éléments singuliers de son histoire et, réunis dans l'espace délimité de l'appartement, (re)forment autour de la personne un tissu de liens indispensables.

Si le « chez-soi » personnel se montre susceptible, sous certaines conditions, de procurer ainsi une « peau protectrice » dont ces personnes hautement sensibles se sentent singulièrement privées, il doit avant tout mettre à l'abri des menaces du monde « extérieur » un « espace intérieur » tenu « secret », même devant les assauts répétés des « visites à domicile » des éducateurs du SAS, plus ou moins acceptées selon la teneur de la « relation ». A l'expérience de « défaite » en situation sociale, où le soi est mis en échec et risque de glisser dans la prostration et la paralysie, le « chez soi » peut offrir un recours possible pour se défendre contre la fragilité éprouvée par un genre particulier de relation intersubjective, un événement d'hypercommunication purifié de l'imprévisibilité et saturé de certitude, d'ordre purement affectif, dans la suspension d'un commentaire intellectuel ou « rationnel », fondé sur une saturation proprement émotionnelle.

Encore une fois, le sentiment de soi de la personne « handicapée » est un tissu relationnel qui implique qu'à une expérience de vie dans un monde imprégné d'animosité, sujette à fortes fluctuations, puisse succéder l'expérience d'un renforcement existentiel « chez soi », engendrée par une expérience de la certitude ancrée dans l'interaction secrète avec les « objets de soi » : la certitude d'un lien en soi et hors de soi.

Dans les expériences sous examen, les stratégies pour se lier au monde social pâlisent « paradoxalement » devant l'« aptitude » ressentie comme primordiale à

savoir demeurer « à distance » et à introduire une sorte d'espace blanc dans la fabrique sociale. Toutefois, la ligne de démarcation entre un « retrait » vécu « positivement » par le simple fait de sa nécessité vitale et la chute possible dans le « vide » est très mince.

De fait, le « chez-soi », pour être efficace en tant que soutien privé, comprend un tissu de relations où la figure de l' « Autre significatif » (Autre comme part de soi, double affectif), qu'il s'agisse d'une personne, d'un animal familier ou d'un « objet personnel », placée au sein d'une « intersubjectivité réussie », s'avère d'une importance capitale.

IV. Le FLE : éléments comparatifs

Le FLE se révèle à l'examen comme une institution, qui montre un ensemble professionnel homogène, fortement enserré par un encadrement précis et des contraintes puissantes. Centré autour de la prise en charge des personnes « handicapées mentales légères », il s'appuie sur un dispositif matériel, intellectuel et social proche de l'organisation du FOC annexe, malgré la dispersion géographique des appartements collectifs dans le tissu urbain à proximité.

Institution « aux murs invisibles », elle déploie dans l'appréhension des personnes « handicapées » les outils langagiers et d'action qui reproduisent dans les grandes lignes les procédures d'identification collective repérables au sein d'un FOC¹⁰¹, octroyées et « agies » au quotidien par l'équipe d'éducateurs dans le but de produire un sentiment d'appartenance parmi les « résidents », terme usager issu d'un même langage professionnel.

Au premier abord, l'organisation sociale du lieu ne semble en rien différer de celui du Foyer : normativité implicite et explicite des conduites, englobement des différentes catégories de personnes définies dans leur « totalité », procédures de hiérarchisation pyramidale stricte et différenciations internes en termes de zones de compétences nettement départagées, à partir d'une séparation claire entre compétences « éducatives » pragmatiques et « thérapeutiques », les expertises et l'établissement des protocoles de traitement étant strictement réservés au corps médical (psychologue et psychiatre), leur application restant sous l'égide du chef de service.

¹⁰¹ Cf. Zimmermann, 2007.

Aux côtés des procédures d'objectivation qui influent fortement sur les expériences subjectives et des résidents et de l'équipe éducative, s'exercent un contrôle et une surveillance sans faille dans les divers appartements dont le personnel possède systématiquement une double clef¹⁰².

On retrouve ici le critère majeur choisi pour rendre compte de l'« état » d'autonomie d'une « personne « handicapée » : le mono-logement, prédominant au SAS est ici quasi absent, aucun des résidents ne possédant les « capacités » nécessaires pour se confronter à la « solitude » et aux défis d'une autogestion de la vie quotidienne.

L'accès « libre » aux logements collectifs lors des visites à domicile, systématisées et rapprochées est légitimé par une organisation institutionnelle orientée vers une « protection maximale », corollaire des « mesures de sécurité » – un contrôle renforcé – afin d'éviter tout danger d'« accident » (incident) et assurer une prise en charge « sans risque » pour les résidents comme pour le personnel¹⁰³.

De fait, le personnel se trouve lui-même pris dans un dispositif de surveillance et de contrôle qui le contraint à des interactions avec les personnes « handicapées » estimées bien souvent comme « frustrantes », par des expériences de confrontation subies de part et d'autre comme des épreuves réitérées, au regard desquelles les « mesures de sécurité » apparaissent le plus souvent comme de vaines interférences. Dénigrées comme inefficaces, elles font, à l'instar d'autres initiatives « de la hiérarchie », l'objet secret et inavoué d'appréhension car, soumises à évaluation, elles reçoivent régulièrement le blâme ou la louange de la direction.

Si toute relation de protection tend vers une relation de domination qui en est l'excès (Descola, 2004), les mesures de surprotection, à l'oeuvre dans le FLE clôturent d'emblée le champ des possibles dont l'importance pour la personne « handicapée » doit à nouveau être soulignée.

La surveillance exercée ne laisse que peu de place à la construction d'un « chez soi » comme condition favorisant l'engagement dans la vie sociale. La vie relationnelle dans les appartements demeure sous le sceau d'une promiscuité imposée, et non, choisie et fait apparaître la chambre « personnelle » comme seul « refuge » qui, même fermée à triple tours, n'offre pas les moyens de ressourcement et de repli intime

¹⁰² A la différence du SAS, où la remise d'une double clef est entièrement facultative.

¹⁰³ Si le « risque », défini comme la probabilité de rencontrer effectivement le danger semble pouvoir être écarté dans la théorie par des mesures de contrôle renforcées, dans la pratique, les risques en réalité ne peuvent qu'être cumulés... un risque inévitable est inhérent à la vie qui est elle-même un risque permanent de mort. Cf. Vialles, *ibid.*

observés dans le cadre du SAS. Egalement soumis aux « visites », le « contenu » des chambres (objets personnels, désordre) subit la marque des évaluations et jugements critiques qui font le propre du (zèle apporté au) travail éducatif « professionnel ».

Si les appartements du FLE (logements HLM) sont pensés comme « plus intégrés » à la vie en société que ne l'est l'enceinte du Foyer, les « murs invisibles » de l'institution continuent à ériger la frontière qui sépare les appartements du voisinage immédiat : peu de contacts sont pris avec les voisins de palier, une sociabilité même minimale se diluant rapidement dans l'indifférence mutuelle.

Le FLE est pensé comme lieu de préparation de la personne à la vie dans la cité et focalise ses actions éducatives sur les possibilités de réinsertion de la personne « handicapée », appréhendée comme « citoyen en devenir ». A cet égard, l'équipe éducative fait prévaloir ses efforts d'insertion des résidents dans la cité, à travers les activités qui les mettent en contact avec la vie sociale « réelle » (fréquentation bibliothèque municipale, bénévolat secours catholique, cinéma) et les activités sportives qui s'appuient sur les infrastructures de la ville (gymnase, natation, sport collectif).

Espace intermédiaire entre FOC et SAS, le FLE possède une spécificité en propre : un « point rencontre » dans l'enceinte de l'institution qui incite les résidents à la participation quotidienne aux activités « collectives ». Une série d'activités-types y sont proposées, révélatrices des « incapacités/capacités » de communication et d'action et choisies comme moyens, pour une « personne « handicapée », de confirmer une amélioration potentielle et dans le rapport à soi (estime de soi) et dans les rapports noués avec les autres.

Le but majeur du « point rencontre » est de socialiser, au moyen d'activités pensés comme supports exclusifs à la relation, et faire franchir ainsi au résident une étape vers la vie « normale » en société, en mettant à distance ce qui l'a rendu impossible : les problèmes et troubles liés à la « maladie mentale » et/ou « psychique ».

Le « point rencontre » vise ainsi la création de « liens privilégiés » liés à l'expérience de l' « entre-soi », pensé comme favorable à la restauration d'une identité fragile, sous l'égide du personnel qui observe, et au besoin rectifie les « capacités » des uns et des autres à interagir.

Une raison majeure, du point de vue des expériences subjectives, explique l'absence d'un tel « point rencontre » au SAS, malgré les efforts du personnel pour l'instaurer. L'expérience d'une « hypersensibilité » est directement liée à un comportement d'évitement des rapports interindividuels. Les personnes

« handicapées psychiques » témoignent d'une grande sensibilité face au malheur d'autrui ; le mal de l'autre, immédiatement perçu, est douloureusement vécu et déstabilise... Par ailleurs, les relations interpersonnelles semblent naître davantage d'un choix d'affinité de « personnes » – la compréhension mutuelle, dans ce cas, semble effectivement grandement facilitée –, que de l'appartenance (hypothétique) à une catégorie « prédéterminée » par un profil et/ou un « vécu » semblables.

De manière générale, les techniques éducatives et relationnelles du FLE restent dominées par l'impératif explicite de « rationalité », d'ordre structurel et à la base du discours idéologique tenu sur le caractère « professionnel » du travail médico-social en général, et de « neutralité émotionnelle » qu'il implique tacitement comme principe d'action. Une technicité déployée dans les rencontres oriente d'emblée la perception et la reconnaissance des propriétés inhérentes à la personne « handicapée », et limite le jeu relationnel qui reste toujours en-deçà d'une rencontre interpersonnelle.

Les postures et attitudes « professionnelles » se trouvent exacerbées par le manque de reconnaissance du personnel, à la différence du personnel du SAS qui a la possibilité d'influer sur les décisions médico-administratives. Les appréciations et expertises « informelles » sont peu ou pas prises en compte par le corps des spécialistes et la hiérarchie.

L'adoption sans retenue des impératifs idéologiques majeurs par le personnel provient d'une quête de revalorisation sociale indissociable d'une revalorisation symbolique, le « manque de reconnaissance » social du travail accompli constituant une source de souffrance majeure. Il s'agit bien pour l'équipe éducative de s'élever dans la hiérarchie professionnelle en faisant preuve d'une application rigoureuse de leurs savoirs pratiques qui saurait conférer à leurs connaissances le statut « scientifique » qui leur est actuellement refusé.

La stricte application des procédures protocolaires et de la réglementation comme mesures d'efficacité s'inscrit dans cette même quête de valorisation auprès d'une hiérarchie, pour laquelle la flexibilité semble corrompre l'« ordre social » et introduire les « risques » qu'elle cherche précisément à évincer (prévenir).

A cet égard, la comparaison avec le fonctionnement « réel » du SAS est éloquent.

Les pratiques interstitielles, favorables à la relation d'aide, émergent d'une zone de décalage entre l'organisation du travail « prescrite » et « réelle »¹⁰⁴ et dépassent de loin la simple exécution du travail protocolaire en ajoutant à la prescription les « bricolages » d'une réponse aux besoins « subjectifs » immédiats, impossible, en situation réelle, de prévoir à l'avance, en anticipant des « incidents » de toute sorte, en « aidant » selon des principes « inventés » à partir d'un engagement « personnel » dans la relation. L'exercice de cette forme d' « intelligence », de laquelle l'affectivité comme moteur et ressort est loin d'être absente, ne semble possible qu'à la marge des procédures officielles, c'est-à-dire en commettant des infractions aux règlements et aux ordres... en admettant que dans les formes actuelles d'organisation du travail médico-social, cette intelligence ne peut se déployer que dans une sorte de semi-clandestinité... L' « invention » des relations d'aide « réelle » semble être à ce prix.

V. Conclusion

Force est de constater que les hypothèses formulées en début d'étude se trouvent confirmées.

Du point de vue des expériences subjectives, l'efficacité d'un service d'aide est moins imputable aux mesures institutionnelles et éducatives qu'à des pratiques interstitielles, à des possibles écarts et innovations au sein des protocoles officiels, toutes initiatives personnelles mises en œuvre par les protagonistes selon des mécanismes informels et privés inspirés de leur biographie individuelle.

De sorte que l'amélioration des conditions de vie et la progression sur le chemin de l'émancipation et de l' « autonomie » ne dépendent pas tant de la structure elle-même (son cadre matériel, juridique etc.) que de la dynamique relationnelle instaurée en son sein, en raison de l'importance du contexte relationnel comme spécificité du handicap psychique, avec au centre une forme particulière de réciprocité et de reconnaissance interpersonnelle comme expressions spécifiques d'une relation d'aide.

Ces relations intersubjectives, d'une efficacité apparemment imprévue, pourraient être favorisées par la reconnaissance des compétences professionnelles du personnel, et leur intégration dans un réseau de compétences et de responsabilités

¹⁰⁴ cf. Dejours, 1998.

formellement conçu selon un axe horizontal de distribution du pouvoir décisionnel, en lieu et place du modèle pyramidal actuel qui, en suscitant chez les acteurs de proximité une lutte pour la reconnaissance et la légitimité, les pousse souvent à adopter des attitudes dites professionnelles peu compatibles avec les qualités d'« ouverture » requises pour la rencontre. Si bien que la reconnaissance des personnes « handicapées psychiques », avec l'amélioration qui peut en résulter, passe par la reconnaissance du personnel chargé de leur accompagnement.

Un préalable à la construction et à la consolidation des liens intersubjectifs impliquerait d'expédier l'illusion d'expertise et d'action éducative affectivement neutre. L'intégration positive, explicite et légitime des affects dans le champ des pratiques, au-delà de l'empathie actuellement conceptualisée dans la profession médico-sociale, ouvre vers la rencontre comme fondement d'une situation d'aide où se mêlent subtilement savoirs professionnels et profanes liés aux singularités des biographies individuelles. Les initiatives individuelles des acteurs, médecins compris, en témoignent : leur « motivation » repose souvent sur des expériences originelles tenues secrètes, car pensées comme préjudiciables à l'exercice d'un travail « professionnel », rendant illégitimes les principes d'action comme la sollicitude et l'ouverture émotionnelle à l'Autre qui ne saurait se réduire à un réceptacle de « compensations » accordées à ses « besoins » (passage d'une protection d'état à une protection « dynamique » attentive aux singularités et aux « idiosyncrasies » individuelles).

Rappelons que le principe de relais et d'articulation entre les divers services, en charge de favoriser l'amélioration, voire la résolution des difficultés médico-sociales des personnes « handicapées », y compris « psychiques », qu'ils relèvent du secteur public (hôpital de jour, appartements et suivis thérapeutiques) ou privé (foyers d'accueil, appartements associatifs et services médico-sociaux) rencontre dans les faits des nœuds de résistances qui relèvent autant de contraintes politiques et socio-économiques que d'une logique d'acteurs engagés dans une âpre lutte de reconnaissance sur le terrain souvent flou des zones de compétences. (Conflits entre principes d'action et processus de répartition des responsabilités et des coûts).

La relative « étanchéité » observée jusqu'alors entre services médico-thérapeutiques et services médico-sociaux semble se fissurer dans le « bassin de vie » concerné par l'étude. La pression actuelle des demandes et la montée en force des usagers potentiels des services, à l'intérieur du contexte global d'extension du champ d'intervention de la psychiatrie, dans ses définitions et redéfinitions concernant

l'expression d'un « malêtre » grandissant dans la société, n'est pas seule en cause. Il apparaît que ce sont avant tout les expériences de « concernement », composées d'éléments très personnels d'une biographie individuelle qui se trouvent aux balbutiements d'une collaboration fructueuse et persistante entre les deux secteurs, et infléchissent les logiques « structurelles » par une logique d'acteur d'ordre « conjoncturel ».

Notons pour finir, qu'une approche du handicap psychique doit prendre soin de replacer l'idée d'autonomie, l'une des idées-force du champ du handicap, à l'intérieur d'un processus culturel et historique qui définit d'une manière spécifique la constitution de l'« individualité » qui la fonde.

Si les orientations actuelles des politiques de santé publique sont largement dominées par les impératifs culturels d'autonomie et d'indépendance, force est de constater que les expériences subjectives du « handicap psychique » que les prises en charge institutionnelles cherchent à aligner sur ce modèle, leur opposent des expériences de vie tendues vers leur pôle contraire : l'hétéronomie et l'interdépendance.

L'intégration d'une « hétéronomie » bien comprise, qui fait de la relation interpersonnelle le « sujet » des interventions et la visée principale des mesures d'aide « réelle » pourrait conférer aux liens d'interdépendance, et non de dépendance une légitimité qui actuellement leur manque.

Références bibliographiques

- Althabe, G., 1990 : « Ethnologie du contemporain et enquête de terrain », in : *Terrain*, n° 14.
- Augé, M., 1992 : *Non-lieux*. Paris, Seuil.
- Barrett, R., 1998 : *La traite des fous*. Paris, Les Empêcheurs de penser en rond.
- Castel, R., 1981 : *Le psychanalysme*. Paris, Flammarion.
- Corin, E., 2007 : « The “Other” of Culture in Psychosis », in : Biehl, J., Good, B., Kleinman, A. : *Subjectivity*, Berkeley, UCP.
- Csordas, T., 1994 : *Embodiment and Experience*. Cambridge, CUP.
- Dassié, V., 2010 : *Objets d'affection*. Paris, Ed. du CTHS.
- Dejours, C., 1998 : *Souffrance en France*. Paris, Le Seuil.
- Descola, Ph., 2005 : *Par-delà nature et culture*. Paris, Gallimard.
- Dodier, N., 1991 : « Expérience privée des personnes et expertises médico-administratives », in : *Sciences sociales et Santé*, vol. IX, n° 2, juin 1991.
- Favret-Saada, J., 1990 : « Etre affecté », in : *Gradhiva*, 8.

- Gateaux-Mennecier, J., 1990 : *La débilité légère. Une construction idéologique*. Paris, CNRS.
- Gibson, J. J., 1979 : *The Ecological Approach to Visual Perception*. Boston, Houghton Mifflin.
- Heinich, N., 1993 : « Les objets-personnes », in : *Sociologie de l'art*, 6.
- Herzfeld, M., 1992 : *The Social Production of Indifference*. Chicago, UCP.
- Ingold, T., 2000 : *The Perception in the Environment*. London-New York, Routledge.
- Jon, J., Tricart, J. P., 1992 : *Les travailleurs sociaux*. Paris, La Découverte.
- Lenclud, G., 2009 : « Etre une personne », in : *Terrain*, n° 52, mars 2009.
- Kaufmann, J. Cl., 1997 : *Le cœur à l'ouvrage*. Paris, Nathan.
- Kirmayer, L., 1992 : « The Body's Insistence on Meaning », in : *Medical Anthropology Quarterly*, 6, 4.
- Kitayama, S., Markus, H., 1994 : *Emotion and Culture*. A.P.A., Washington D.C.
- Kleinman, A., 1995 : « Suffering and its Transformations », in : *Writing in the Margin*. Berkeley, UCP.
- Kleinman, A., 2006 : *What really Matters*. Oxford, OUP.
- Leavitt, J., 1996 : « Meaning and Feeling in the Anthropology of Emotions », in : *American Ethnologist*, 23.
- Le Breton, D., 1990 : *Anthropologie du corps et modernité*. Paris, PUF.
- Le Breton, D., 1997 : « Exilés mineurs de la parole – le silence dans la conversation », in : *Revue des Sciences Sociales de la France de l'Est*, n° 24.
- Leroi-Ghouran, A., 1965 : *Le geste et la parole. La mémoire et les rythmes*. Paris, Albin Michel.
- Lock, M., 1993 : « Cultivating the Body: Anthropology and Epistemologies of Bodily Practice and Knowledge », in : *Annual Review of Anthropology*, 22.
- Lovell, A.M., 2008 : « Définitions et enjeux du handicap psychique et de ses notions connexes : une approche pragmatique », Rapport final soumis à la MIRE/DREES.
- Lutz, C., White, G., 1986 : « The Anthropology of Emotions, in: *Annual Review of Anthropology*, 15.
- Mauss, M., 1950 : *Sociologie et Anthropologie*. Paris, PUF.
- Merleau-Ponty M., 1945 : *Phénoménologie de la perception*. Paris, Gallimard.
- Nahoum-Grappe, V., 1998 : « L'échange des regards », in : *Terrain*, 30.
- Ricœur, P., 1990 : *Soi-même comme un autre*. Paris, Seuil.
- Rosaldo, M., 1980 : *Knowledge and Passion*. Cambridge, CUP.
- Simmel, G., 1987 : *La philosophie de l'argent*. Paris, PUF.
- Surrallés, A., 2003 : *Au cœur du sens. Perception, affectivité, action chez les Candoshi*. Paris, CNRS Editions, Ed. de la MSH.
- Tarlow, S., 2000 : « Emotion in Archaeology », in : *Current Anthropology*, 41, 5.
- Taylor, A.C., 2009 : « Le corps de l'âme et ses états », in : *Terrain*, n 52, mars 2009.

- Vialles, N., 2004 : « La peur au ventre », in : *Terrain*, n° 43, sept. 2004.
 - Wood, L., 1986 : « Loneliness », in : Harré, R. (ed.) : *The Social Construction of Emotions*. Oxford, Basil Blackwell.
 - Zelizer, V., 2005 : « Intimité et économie », in : *Terrain*, n° 45, sept. 2005.
 - Zempleni, A., 1996 : « Savoir taire. Du secret et de l'intrusion ethnologique dans la vie des autres », in : *Gradhiva*, 20.
 - Zimmermann, M., 2007 : Le handicap psychique entre institution et cité : une approche anthropologique. Paris, Rapport final, MiRe.
-