L'Information psychiatrique 2018 ; 94 (5) : 327-30

Prendre le virage inclusif... d'accord mais avec le warning psychiatrique allumé...

Jacques Constant

Psychiatre des hôpitaux honoraire
Formateur

© Jacques Constant.

Un vent d'optimisme gonfle les représentations dans le champ de l'action médicosociale et de la santé mentale. Un mot étendard oriente tous les discours et les décisions gestionnaires : **l'inclusion**. La société va devenir inclusive. Chaque citoyen, chaque institution, on l'annonce, le répète, et l'impose, doit prendre « le virage inclusif » ce qui veut dire modifier ses représentations et ses pratiques. Pas un discours officiel qui n'invite à « changer le regard ». Il ne peut y avoir que du bien et du bon dans la visée inclusive. Une pluie assez drue de textes officiels dans l'éducation, la santé, le travail social reformule le cap à coups d'injonctions tutélaires, même l'orthographe pourrait devenir inclusive !

Face à ces bonnes intentions, il me semble que la première, légitime et inévitable réaction du psychiatre de service public est la suspicion vis-à-vis de la roublardise managériale. Notre collègue Yann Dienner l'exprime dans *Charlie Hebdo* (numéro 1334 du 14 février 2018) : « *le virage inclusif a été forgé pour faire avaler l'article 50 du projet de financement de la Sécurité sociale... Les vieux qui déraillent ou les gamins qui ont besoin d'une institution... On va expliquer à leur famille qu'ils vont devoir se débrouiller chez eux avec éventuellement la visite de personnels détachés qui circuleront sur des plates-formes de service...* » Une « révolution culturelle » pour nous allouer moins de moyens ? Première raison d'allumer nos feux de détresse ! Les plus anciens se souviennent du vol des budgets extra-hospitaliers en 1986 sous prétexte de l'unification de la psychiatrie que nous réclamions de nos vœux. La politique de secteur était une expérience d'inclusion dans le tissu social. Sa mise en pratique par les hôpitaux dans le passé et son maintien dans le contexte actuel a de quoi nous inquiéter sur l'avenir du fameux virage inclusif que les tutelles nous incitent à négocier séance tenante.

La seconde réaction spontanée est de constater le fossé entre les discours et les pratiques. Le corps des psychiatres de service public est en effet un des mieux situés dans le jeu social pour constater ces écarts. Il serait stérile de passer son temps à les cataloguer mais il est nécessaire de dire que nous les rencontrons.

En écho à l'article de Philippe Amarilli édité dans ce numéro il me paraît plus utile de tenter de comprendre les enjeux de ce mouvement et saisir ce qui pose question aux praticiens de la psychiatrie publique dans cette invitation à l'espérance, qui mérite autant notre adhésion que notre vigilance.

Pourquoi est-on passé depuis une dizaine d'années du mot intégration à celui d'inclusion ? Une approche paresseuse pourrait croire qu'il s'agit de synonymes. Or les promoteurs de ce changement de vocabulaire attribuent à ces deux mots des significations opposées.

Avec le concept d'intégration c'est le sujet qui doit s'adapter à l'environnement.

Avec la notion d'inclusion c'est l'environnement qui doit s'adapter au sujet.

Ce qui aurait pu passer pour une coquetterie de style devient un changement de représentation, et entraîne une modification des objectifs des professionnels. Ils n'ont plus à viser des modifications structurelles du fonctionnement du sujet en difficulté mais devront désormais changer l'environnement pour que la personne, telle qu'elle est, puisse s'y sentir

Correspondance : J. Constant
<jacques.constant28@wanadoo.fr>

doi:10.1684/ipe.2018.1802

Pour citer cet article : Constant J. Prendre le virage inclusif... d'accord mais avec le warning psychiatrique allumé.... *L'Information psychiatrique* 2018 ; 94 (5) : 327-30 doi:10.1684/ipe.2018.1802

à l'aise. Des mots comme « capabilité » ou « capacitation » sont importés depuis les nouvelles théories du *care* (travaux de Amartya Sen notamment), mots forgés pour exprimer les actions à entreprendre autour du sujet pour lui permettre de jouir effectivement de sa liberté.

Ces conceptions insistent sur la réciprocité. Il s'agit d'adresser à la personne en situation de handicap le double message : Vous avez besoin des autres ; les autres ont besoin de vous. Elles reposent sur l'*empowerment*. Le sujet (jamais nommé ainsi, ces auteurs parlent d'individus ou de citoyen) est et doit être co-acteur de ses soins. Ce qui remet à la mode la superbe devise de Maria Montessori « aide-moi à faire tout seul »

Ces changements de représentation et de vocabulaire sont maintenant assimilés chez la plupart des acteurs du médico-social alors qu'ils sont encore ignorés par la majorité des soignants dans le champ sanitaire psychiatrique. Il faut dire que les penseurs de l'inclusion sont hors champ médical et qu'ils sont indifférents à toute dimension pathologique et encore plus psychopathologique dans leurs réflexions.

La notion de société inclusive doit beaucoup aux revendications de reconnaissance qui naissent dès la fin du XXe siècle parmi les minorités nord-américaines : tribus indiennes, noirs, homosexuels, personnes porteuses de limitations, femmes. Des penseurs ont relayé ces contestations. L'Américain John Rawls avec la notion d'équité plutôt que d'égalité, Paul Ricœur (qui redevient à la mode grâce à son passage aux États-Unis) et ses éloges des compromis, les Allemands Niklas Luhman et Axel Honneth avec « la lutte pour la reconnaissance » et bien d'autres philosophes, sociologues, qui tous viennent moissonner les concepts au bord de l'espace psychopathologique sans avoir vécu cette proximité avec la souffrance psychique et cette familiarité avec la folie qui caractérise la pratique psychiatrique. Ils nous apportent une réflexion anthropologique et des formulations de philosophie politique sur les modalités de liens qui font une société en évolution..

Dans son aspect philosophique une société dite « *inclusive* » s'adapterait aux différences de la personne, en allant au-devant de ses besoins afin de lui donner toutes les chances de réussite dans la vie.

L'ambition de ce projet englobe le travail de *care* et de cure. Il suppose la mobilisation et la volonté collectives des corps social, politique et économique afin de repenser leurs modes d'organisation à destination des personnes les plus fragiles. « *Une société inclusive, c'est une société sans privilèges, exclusivités et exclusions. Chacun d'entre nous est héritier de ce que la société a de meilleur et de plus noble. Chacun a un droit égal à bénéficier de l'ensemble des biens sociaux, qu'il s'agisse de l'école et autres lieux de savoir, des transports, des espaces culturels, etc. Nul ne peut avoir l'exclusivité du patrimoine humain et social, légué par tous nos devanciers et consolidé par nos contemporains : il doit être accessible à tous.* », affirme l'anthropologue Charles Gardou en 2013

Face à ces discours idéaux la réaction du psy de service public est de se méfier. Une nouvelle utopie ? Non merci on a déjà donné et on connaît le gout amer des désillusions subséquentes. Cet idéal d'inclusion nous évoque le vieux rêve « désaliéniste » qui portait les plus engagés d'entre les psychiatres aux lendemains chantants de la Seconde Guerre mondiale. Comme si la fameuse formule de Lucien Bonnafé, « contribuer à réduire l'intolérance de la société à l'égard du mauvais objet qu'elle contient », venait irriguer à leur insu les discours contemporains.

Lesquels discours échappent à leurs concepteurs.

Une tendance à la simplification fait glisser le projet initial généreux. On rêvait d'un ensemble de remise en cause des accompagnements soignants paternalistes pour leur substituer des dispositifs d'intervention, riches en inventions relationnelles et mettant à disposition de la personne un environnement sur mesure. Or on se contente souvent de placer la personne PARMI

les autres membres de la société... en sous-entendant que « la société » (notion qu'on se garde de préciser) serait thérapeutique par essence... en supposant implicitement qu'en étant PARMI les autres on deviendrait COMME les autres... Les équipes sanitaires ne sont pas à l'abri de cette illusion et les petites vidéos qui vantent les activités « dans la cité » montrent des activités vite supposées avoir, en soi, des vertus thérapeutiques. La généralisation de cette confusion entre « parmi » et « comme » me paraît garantir d'amères désillusions pour demain. En psychiatrie infantile notamment ou l'école est souvent supposée porteuse de plus d'effets thérapeutiques que le soin.

Aujourd'hui ce sont les juristes qui semblent avoir pris le pouvoir sur les praticiens de la santé et qui à partir de ces généreux principes organisent leur cadre légal. Les législations d'exception comme la loi de 1975 « en faveur des handicapés » ont été abandonnées au profit de l'inclusion de tous dans le *Main Stream* législatif, c'est-à-dire l'abolition des différences de droit entre les citoyens quelle que soit leur situation pathologique ou non. En France cela s'est traduit par la loi de 2005 « pour **l'égalité** des droits et des **chances**, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ».

De cet accès au droit commun découle la mise en place de la politique inclusive.

Pour les adultes la commission européenne a défini l'inclusion active qui « *consiste à permettre à chaque citoyen, y compris aux plus défavorisés, de participer pleinement à la société, et notamment d'exercer un emploi. Elle vise à traiter différents problèmes : la pauvreté, l'exclusion sociale, la pauvreté des travailleurs, la segmentation des marchés du travail, Le chômage de longue durée, les inégalités hommes-femmes* ».

Pour les enfants la déclaration de Salamanque en 1994 (Unesco) a formulé des orientations pour passer de l'éducation traditionnelle dite « spéciale » pour des enfants dénommés « déficients » à une d'éducation dite « inclusive » pour des enfants considérés comme ayant des « besoins éducatifs particuliers ». En France, après condamnation par les instances de contrôle européen, l'Éducation nationale s'est déclarée officiellement inclusive en 2013.

Le psy public voit bien que de nombreuses familles ne bénéficient pas de ces droits. Trop pauvres matériellement, et parfois psychiquement, elles ne mettent pas en pratique l'accès aux dispositifs règlementaires. Et l'on assiste à un paradoxe social : les textes veulent inclure mais dans la réalité ce sont les familles déjà structurées, déjà incluses, les parents qui maîtrisent les codes sociaux, qui peuvent dialoguer avec les instances sociales et profitent de la générosité de la loi.

Citoyen parmi d'autres, comment le psychiatre de service public peut-il respecter ces lois républicaines si généreuses et si éloignées des lois psychologiques qu'il rencontre chaque jour à l'œuvre dans la souffrance psychopathologique des consultants ?

Comment articuler la contradiction entre « la pathologie de la liberté » qu'est la psychiatrie selon la définition de Henri Ey et les objectifs d'une société inclusive qui doit fournir à chaque citoyen les moyens de précisément jouir de sa liberté ? Ce sera le défi des nouvelles générations de maintenir la dimension psychopathologique dans une société qui voulant effacer toutes différences risque d'oublier les personnes exclues – ou s'excluant elles-mêmes – du fait de la spécificité pathologique (un mot qui risque de devenir obscène) de leur fonctionnement psychique. Il va falloir inclure « des personnes différentes dans l'espace public (écoles, entreprises, etc.), à condition d'y aménager des parcours individualisés et des accompagnements singuliers » comme le prédisait déjà Julia Kristeva dès 2003.

Il va falloir rester vigilant et continuellement porter témoignage de l'existence de l'appareil psychique et des lois psychologiques qui le gouvernent. Lois qui bien souvent entrent en contradiction avec les lois politiques qui gouvernent nos sociétés. Et ne confondons pas les enjeux. Les lois du

fonctionnement psychiques, que les théoriciens de l'inclusion veulent ignorer, ne sont pas uniquement le reflet de la pensée psychanalytique ni le code corporatiste des psychiatres. Elles peuvent être formulées sous l'éclairage des neurosciences. Ce sont des lois de nature et il est dans la condition humaine qu'elles entrent en tension avec les lois de culture qui font aussi partie de cette condition.

Il va falloir soigner dans le cadre du « droit commun accompagné » et porter témoignage de la réciprocité, de la conflictualité, des contradictions de tout mouvement psychique et de toute action psychothérapique individuelle, interpersonnelle, ou sociétale.

Pour cela il va falloir estimer l'autre avec nos critères (notre regard, celui de la science psychiatrique qui reste légitime) mais aussi comme le proposait le pasteur Marcel Manoel lors d'un récent colloque de la fondation John Bost « *accepter d'entendre et d'entendre comme légitime les revendications d'estime de l'autre dans son propre monde, avec ses propres critères. Et rechercher le compromis à savoir ce qu'on peut se promettre ensemble* ».

Plus que jamais il va falloir rester psychiatre avec le warning allumé !

Docteur Jacques Constant