



COLLOQUE - ENTRETIEN JACQUES CARTIER 2023 - 11 OCTOBRE 2023

ACCUEIL, SOIN PSYCHIQUE ET ÉQUITÉ POUR LA PERSONNE PRÉCAIRE

Ce colloque prend appui sur les ateliers ECOVIP (Evolution après COVID de l'Invisibilité des Précarités). Les intervenants présents sont Yves Couturier, professeur titulaire du département de travail social à l'université de Sherbrooke, Mélanie Couture, titulaire de la chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées au Québec, Vincent Rialle, maître de conférences et praticien hospitalier émérite de l'université de Grenoble Alpes, Laurence Langer-Sautière, responsable de la mission Observation Évaluation à la Direction du Développement Territorial de la Ville de Lyon, et Nicole Borie, psychanalyste et responsable du Centre Psychanalytique de Consultations et de Traitements de Lyon.

Qu'est ce qu'ECOVIP ?

En raison de difficultés économiques ou de politiques publiques mal adaptées et aggravées par la pandémie, les services officiels dédiés à l'accueil inconditionnel et au soutien des personnes en détresse psychosociale dans les grandes agglomérations sont souvent mis à rude épreuve. L'étude « Évolution après Covid-19 de l'invisibilité de la précarité » (ECOVIP) est consacrée à ce phénomène, et ses premiers résultats concernent la précarité des « jeunes » seniors (50-64 ans). Cette recherche-action s'appuie sur des ateliers qui réunissent des professionnels issus à la fois du champ psychosocial de première ligne et d'autres champs tels que l'emploi ou le travail, et dans lesquels leur est proposée une libre expression sur leurs situations vécues d'accueil de personnes précaires. Les premiers résultats fournis par l'analyse scientifique de ces échanges montrent à la fois une compréhension assez précise de la décision institutionnelle entraînant une invisibilité croissante, et l'émergence de ressources professionnelles innovantes capables de l'enrayer.

Introduction

Les politiques sociales et sanitaires en France au cours des 80 dernières années ont évolué, depuis la naissance de la Sécurité sociale en 1945 et les politiques publiques émanant du rapport Laroque de 1962 sur les personnes âgées. La situation actuelle est caractérisée par une distance croissante entre les avancées législatives et les réalités gérontologiques sur le terrain, créant une crise permanente que les professionnels de l'action sociale doivent gérer au quotidien. La désaffiliation sociale, introduite par Robert Castel, est définie comme la dissolution du lien social, résultant d'un processus combinant le chômage et l'isolement social. Le phénomène touche la sphère gérontologique, mais également les plus jeunes. Les politiques publiques, censées neutraliser le développement de la désaffiliation sociale, semblent à la fois ambitieuses mais mises en échec, avec des causes à la fois externes (pandémie, crise économique) et internes (évolution de l'histoire gérontologique et subordination croissante aux marchés mondiaux).

Un itinéraire historique très contrarié, par Vincent Rialle

Le développement de la protection sociale des personnes âgées en France a connu des phases cruciales, débutant à la Révolution Française avec un décret de 1791 concernant les secours aux vieillards et aux infirmes. Le XXe siècle a vu la prise en charge des personnes âgées évoluer de la sphère privée à l'instauration de la Sécurité Sociale en 1945. Le rapport Laroque de 1962 a marqué un tournant, préconisant une approche intégrative du "3e âge actif, autonome et participatif », ainsi que le passage d'une politique de retraite à une politique de modes de vie.

Les années 1970 ont vu des plans de développement économique et social visant à consolider les droits à pension et à créer des services de maintien à domicile. Cependant, le premier choc pétrolier de 1973 a perturbé la mise en œuvre de ces mesures, marquant une rupture avec les idéaux du rapport Laroque.

La crise économique a conduit à des interventions contradictoires, éloignant la politique gérontologique de ses objectifs initiaux. Les décennies suivantes ont été marquées par une série de lois visant à améliorer la prise en charge des personnes âgées, mais des problèmes persistants ont été révélés lors d'événements tels que la canicule de 2003 et les scandales dans les EHPAD. La crise sanitaire de 2020 a accentué ces problèmes, soulignant la nécessité d'une transformation multidimensionnelle.

L'évolution législative a été significative, avec des lois telles que celle de 1975 sur les institutions sociales, la loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, et la loi de 2015 sur l'Adaptation de la société au vieillissement. Cependant, l'efficacité de ces lois a parfois été limitée, et la gérontologie française a été confrontée à des défis économiques, politiques et sociaux. Le phénomène du grand-âge, bien que souvent associé aux EHPAD, ne se limite pas à cette tranche de population. Un phénomène de forte croissance de la pauvreté et des situations de solitude extrême touche de plus en plus de personnes cinquantenaires.

Cécile Van de Velde décrit ainsi ce phénomène social : « en France, ces itinéraires vers la grande solitude se logent aux interstices de notre maillage social, laissés vacants par une couverture partielle et segmentée, qui ouvrent la voie à des processus de marginalisation accélérée. Ils renvoient à une société qui lie la réussite et la protection sociale au statut professionnel, mais qui y associe une articulation peu lisible entre solidarités privées et publiques en cas de « décrochage » ou de perte de statut. ». Ce processus de marginalisation rapide a été observé chez les individus d'environ cinquante ans par le Centre Psychanalytique de Consultations et de Traitements de Lyon, justifiant la mise en œuvre du projet ECOVIP.

Dans une société dont « 34 % des salariés français sont en burn-out, [et] dont 13 % en burn-out sévère (soit 2,5 millions de personnes). Source : baromètre Opinion Way pour le cabinet Empreinte humaine, mars 2023 » (Vilarasau, 2023), comment cette désaffiliation pourrait-elle ne pas toucher de plein fouet certaines personnes actives vieillissantes ?

En réponse à ces défis, le Conseil Consultatif National d'Éthique (CCNE) a appelé à une réforme profonde de la société française et des politiques publiques envers le vieillissement en 2018. Cet appel met en lumière la nécessité d'une transformation complète de la sphère gérontologique pour répondre aux enjeux actuels et futurs du vieillissement en France.

Une extraordinaire vigueur créative

Il existe une dualité dans la sphère gérontologique française. D'un côté, le CCNE continue de dénoncer activement une facette décadente de cette sphère. Cependant, des avancées significatives et innovantes ont émergé depuis les années 2000. Des initiatives progressistes sont observées dans le domaine associatif et celui des politiques publiques. La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) joue un rôle majeur en encourageant ces avancées à travers son Laboratoire des Solutions de Demain, ses appels à projets, et la diffusion d'informations. La Filière Silver économie est également citée comme une illustration progressive depuis sa création en 2013, avec une volonté affirmée d'innovation totale. En revanche, il existe un contraste marqué dans les politiques publiques, en particulier dans le domaine de la psychiatrie publique. Si la psychiatrie publique n'a cessé de se dégrader dans les trois dernières décennies, elle a sur 2018-2021 « mobilisé 1,4 milliards d'euros, auquel s'est ajouté 1,9 milliards pour agir jusqu'à 2026 (...). C'est paradoxal, jamais la situation dans les établissements hospitaliers n'a été aussi tendue, et les besoins, qui plus est depuis la crise Covid, si importants », comme l'a récemment déclaré le Dr Frank Bellivier, psychiatre, délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie (Hahn, 2023, p. 10).



Quelques questions dans la salle...

“Vous disiez que la gériatrie s'était développée au détriment de la gérontologie et du côté de la psychiatrie ou de la santé mentale, on se rend compte aussi qu'il y a des clivages qui sont fortement entretenus et qui vont au détriment d'une prise en compte de la marge et finalement, qui est vraiment contre-productive. Et donc je me dis comment faire entendre aussi différents courants, différentes approches sans que ce soit dans une opposition et que le rétablissement vienne s'opposer à la psychanalyse. Et je me dis que finalement toute la prise en compte de la santé mentale est victime un peu de ces clivages idéologiques”.

Vincent Rialle : *“Je crois que les clivages et toutes ces discussions qu'il y a et ces freins finalement dus à des antagonismes de ce niveau-là profitent directement à l'économisme et je crois que si on arrive à accrocher le débat un petit peu plus haut, on est tous dans le même bateau, que ça soit des gériatres et des psychiatres d'un côté. Et toute la psychiatrie. Et tout le social. Ça sert surtout l'économisme et si on peut accrocher le débat beaucoup plus loin en disant on est tous dans le même bateau et vous avez complètement raison, c'est sur le terrain. La psychiatrie doit revenir parce que elle est extrêmement utile et la psychanalyse qui a été gommée de manière assez odieuse dans certains rapports du début des années 2000 ou 2008. Je sais plus enfin tout ça, ce sont des malentendus. Parce que dès qu'on gratte dessous, les problèmes disparaissent dès qu'on en parle, dès qu'on approfondit les questions, dès qu'on ne reste pas sur des clivages et des trucs très médiatiques, les problèmes sont beaucoup moins importants et je crois qu'il faut revenir non pas à des idéaux, mais à des idées et à des directions qui étaient fondatrices et qui le sont toujours.”*

En plus des explications précédemment abordées, Vincent Rialle souligne l'importance cruciale de l'explosion des besoins, illustrée par des exemples tels que l'épidémie d'anxiété généralisée dans les sociétés avancées et la croissance spectaculaire des cas de troubles autistiques. Cette hausse constante des besoins dépasse les capacités actuelles de l'État, dans un monde où les ressources sont limitées. Il

encourage à envisager des approches novatrices, soulignant que les solutions résident dans le futur. Bien que la science ait généré de nombreuses pistes et actions efficaces, le défi actuel réside dans la qualité de la mise en œuvre de ces innovations. L'orateur invite à regarder vers l'avant et à ne pas attribuer tous les problèmes aux acteurs politiques, soulignant la nécessité de travailler de manière différente face à l'explosion des besoins.

La maltraitance organisationnelle, par Mélanie Couture

Au Québec, le concept de maltraitance organisationnelle émerge doucement. Selon Mélanie Couture, de nouveaux défis sont mis en lumière à travers ce sujet qui concerne à la fois les personnels de santé que les services sociaux, puisqu'ils sont face à une multiplication des besoins, mais sans pour autant avoir des ressources pour y répondre efficacement. Cette situation crée une complexité difficile à gérer, où les individus se trouvent témoins de la détresse sans pouvoir y remédier pleinement, illustrant ainsi les problématiques profondes auxquelles sont confrontés les acteurs de ces secteurs au quotidien.

Mélanie Couture : « Comme il a été évoqué, les besoins sont grandissants et il y a une difficulté à répondre à ces besoins là et ce qui arrive aussi, c'est que les gens en première ligne ou presque, tous les professionnels de la santé et des services sociaux ont, jusqu'à un certain point, un sentiment de frustration, d'impuissance parce qu'ils voient très bien les besoins, mais n'ont pas nécessairement les ressources et les outils pour réussir à répondre à ces besoins. Donc c'est une position très, très difficile et complexe en tant que personne de voir de la détresse et de ne pouvoir rien ou presque rien faire ».

La maltraitance organisationnelle est définie comme des pratiques négligentes ou violentes résultant des procédures de l'organisation. Au Québec, une loi a été instaurée pour lutter contre la maltraitance, englobant non seulement la maltraitance individuelle mais aussi la maltraitance organisationnelle au sein des institutions publiques. La loi encourage le signalement obligatoire et prévoit des sanctions

financières pour les établissements maltraitants. Une consultation canadienne a révélé que la maltraitance organisationnelle survient lorsque les besoins clinico-administratifs sont prioritaires au détriment des soins aux individus. La pénurie de personnel et l'accent excessif sur les tâches au détriment des personnes contribuent également à ce phénomène.

“Donc la maltraitance organisationnelle est surtout présente lorsque les besoins clinico-administratifs sont priorisés à tout prix. En bref, on essaie de garder la machine qui fonctionne, mais on oublie les gens pour lesquels on essaie de donner des soins, des services. Il y avait toutes les dossiers de la formation, du personnel, mais aussi des gestionnaires par rapport à cette maltraitance qu'ils en soient conscients aussi que finalement, les procédures peuvent être maltraitantes à l'intérieur de l'organisation.”

Des sanctions financières ont été ajoutées à la loi pour renforcer la responsabilisation des établissements, notamment des résidences privées, refusant de suivre les normes. Une innovation clé de ces sanctions est le rôle du commissaire aux plaintes dans la détection de la maltraitance organisationnelle en identifiant des schémas répétitifs au sein d'une même entité.

De manière générale, la mobilisation de divers acteurs, et notamment les intervenants, les établissements de santé, la recherche et l'administration publique, reste très important pour lutter contre la maltraitance organisationnelle, et agir pour sa détection. Dans ce cadre, ce sont ces acteurs qui permettront de la signaler. Mélanie Couture appelle à rendre visible la maltraitance organisationnelle, établir la confiance et assurer la responsabilité administrative pour résoudre le problème. La lutte contre la maltraitance organisationnelle est présentée comme un effort collectif, même si cela met en lumière des défis persistants liés à la pénurie de personnel, au manque de formation et à la crainte des représailles en cas de signalement. De ce fait, la confiance et l'imputabilité sont ainsi primordiales dans la lutte contre la maltraitance organisationnelle. Pour Mélanie Couture, il est donc nécessaire de développer une approche itérative et basée sur des

données probantes pour améliorer les politiques et les pratiques visant à prévenir et à traiter la maltraitance organisationnelle.

Nicole Borie : « Je suis très sensible à ce que vous dites de cette dimension politique puisque là vous êtes quand même très, c'est très politique ce que vous avez réussi à organiser. D'abord, j'y suis sensible parce que vous dites que, au Québec, on écoute les chercheurs qui ont eux-mêmes fait un travail avec les gens de terrain, c'est un travail de terrain. Oui, penser et proposer aux politiques, c'est comme ça que je l'ai entendu donc. Et effectivement, il faut toute cette articulation-là, elle est nécessaire pour que ce que vous avez osé intituler maltraitance organisationnelle devienne visible. Oui, puisque finalement on pense qu'un fonctionnement est fait pour le bien de tous ».

L'importance de la recherche réside dans sa capacité à dépasser les anecdotes et à fournir une compréhension approfondie de l'ampleur et de la réalité des problèmes. Tant les approches quantitatives que qualitatives sont nécessaires pour quantifier l'ampleur et décrire les situations dans la vie réelle. Les petits changements peuvent parfois avoir un impact significatif, mais il est essentiel de les évaluer attentivement. La collaboration entre les chercheurs et les praticiens est importante pour obtenir une perspective complète. La confiance entre la recherche, l'administration publique et les praticiens est un élément clé, permettant la mobilisation des acteurs impliqués. Des politiques-cadres développées conjointement sont un moyen de mettre en œuvre des changements concrets. Pour amener un changement politique, des éléments clés sont mis en avant : l'écoute des parties prenantes, la préparation du discours politique et la collaboration.

Quelques questions dans la salle...

Une toute petite question, dans ce que vous nous avez exposé, on ne parle pas des mineurs, est-ce volontaire ?

Mélanie Couture : « En France, oui, j'ai entendu, pour les mineurs. On a la même chose aussi, c'est comme un autre volet sur lequel on a eu une consultation publique aussi. Il y a eu plein de choses qui s'est passé par rapport aux mineurs. Aussi on a

d'autres difficultés, manque de ressources, même chose, mais ça a été abordé différemment, séparément je dirais. Pour nous, c'est adulte, personne aînée. Mais les problèmes sont un petit peu différents. Il y a un besoin de travail sur les deux côtés, je suis tout à fait d'accord. »

Laurence Langer-Sautière : « Et pour compléter, aujourd'hui, on est plutôt sur les seniors et les jeunes seniors, on va vous expliquer ça juste après. Donc effectivement, la question des mineurs, mais elle raisonne parce qu'en France ça ne va pas pour les jeunes et ça ne va pas pour les seniors. Et on est censé aller bien au milieu. »

Nicole Borie : « Et je voudrais vraiment insister sur un point, c'est le « work in progress » de votre façon de travailler. [...]. Vous avez parlé de réitérer et je pense que ça c'est un point fondamental, c'est à dire quand on fait quelque chose et que l'on rend visible un besoin, et qu'on a des solutions sur le terrain et politiques, ça c'est déjà énorme. C'est déjà énorme de pouvoir arriver à faire ça. On voudrait bien y arriver. Nous, on a un organisme qui s'appelle l'ARS pour le soin qui je pense deviendra notre interlocuteur plus que le ministère de la santé. Mais il y a des choses comme ça à penser à partir du terrain pour voir nos fonctionnements parce que ce n'est pas seulement dénoncer le fonctionnement de l'autre, ce que vous décrivez très bien, c'est le fonctionnement dans lequel on est. Il n'y a rien de plus difficile et de craindre aussi que si on dénonce le fonctionnement dans lequel on est auquel on participe, on va faire quelque chose d'explosif ».

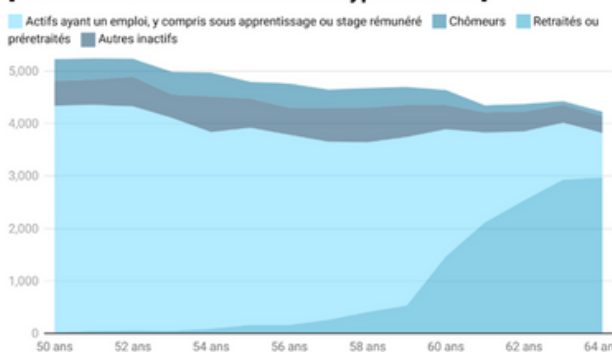


Comprendre un phénomène de désaffiliation sociale des jeunes seniors, par Laurence Langer-Sautière et Nicole Borie

«La recherche-action *Evolution après COVID de l'Invisibilité des Précarités (ECOVIP)* qui constitue le terrain de la présente recherche tire sa source d'une interrogation posée fin 2019 quant aux difficultés d'accueil rencontrées par les plus précaires notamment en santé mentale. Cette première recherche-action intitulée « Faire place aux précaires dans l'accès aux droits et aux soins notamment en santé mentale » a réuni des personnes de milieux différents. [...] C'est à la fin de ce premier travail qu'est remonté du terrain des difficultés particulières affectant les jeunes seniors, soit les 50-64 ans, en dernière partie de carrière mais pas encore à la retraite. Différents psychologues ont fait remonter que cette population formait une nouvelle patientèle qui n'existait pas dans cette ampleur avant la crise du Covid. C'est ce qui a donné naissance à *ECOVIP* ».

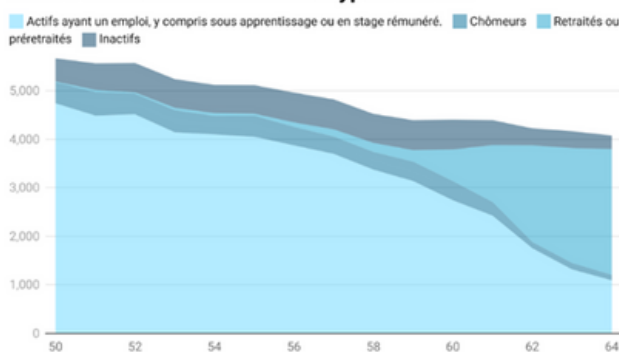
En termes de données, malgré un nombre modéré de cas identifiés, l'importance du phénomène est perceptible. Les données montrent une forte progression du nombre d'inactifs âgés de 50 à 64 ans depuis le recensement 2013, principalement due à la baisse des départs en retraite et aux changements dans les régimes de retraite. Bien que l'emploi des 50-64 ans ait augmenté, il ne compense pas intégralement la baisse des retraités, entraînant une augmentation du chômage des seniors et des situations d'inactivité, constituant le point central d'intérêt de l'étude.

[Les 50-64 ans en 2013 selon le type d'activité]



Created with Datawrapper

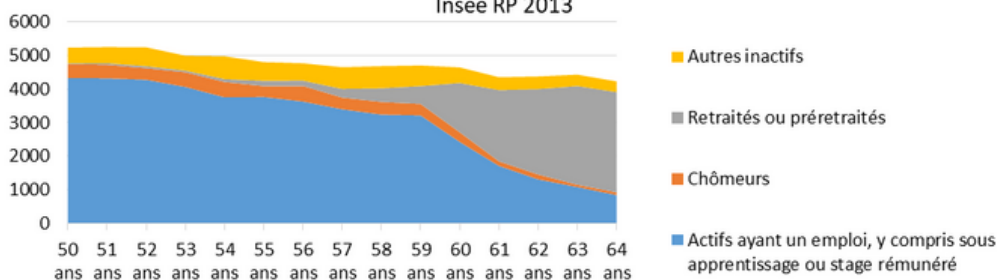
Les 50-64 ans en 2020 selon le type d'activité



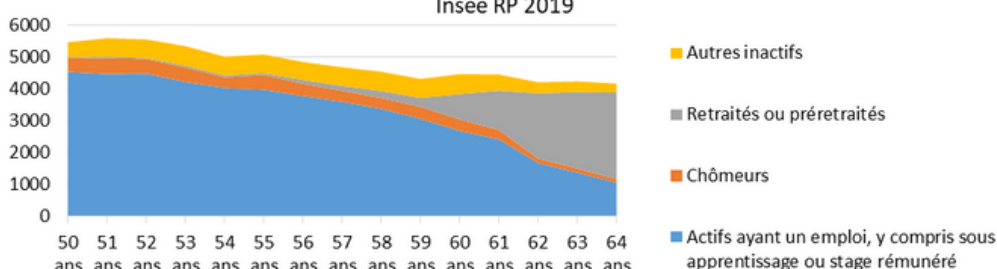
Created with Datawrapper

Sources : <https://datawrapper.dwcdn.net/3UjO7I2I%20%20https://datawrapper.dwcdn.net/6PVMR/1/>

Type d'activité des 50-64 ans
Insee RP 2013



Type d'activité des 50-64 ans
Insee RP 2019



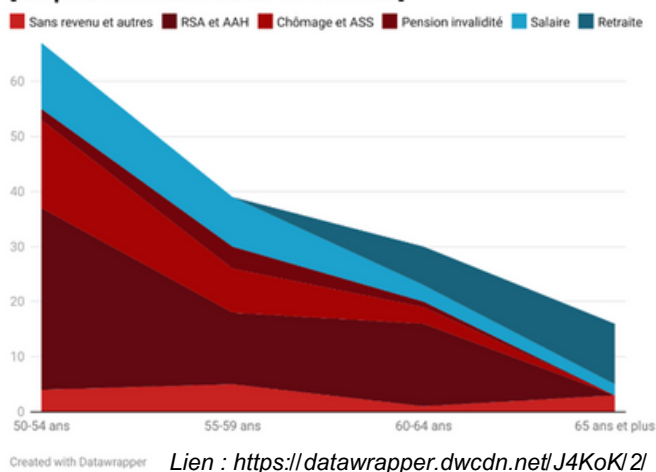
La croissance des situations d'inactivité ou de chômage est donc non majoritaire mais néanmoins significative.

Si l'on regarde l'activité du CPCT (Centre Psychanalytique de Traitement et de Consultation), le graphique de la situation au regard du revenu des plus de 50 ans est très significatif.

Les situations d'inactivité sont largement majoritaires : sans revenus, RSA, AAH, pension d'invalidité

Le constat est donc fait d'une précarisation des plus de 50 ans ou jeunes seniors depuis la crise du COVID, avec qualitativement un processus de désaffiliation sociale de cette population. Le point d'origine en est fréquemment une rupture dans le travail. Or, cela est d'autant moins acceptable car la valeur travail est structurante pour l'existence sociale de cette génération. Remarquons que cette précarisation se fait sans faire appel au filet social, qui ne semble pas être un recours.

[les plus de 50 ans au CPCT en 2022]



L'approche par la précarité, par Nicole Borie

Contrairement à la vulnérabilité qui implique un rapport à autrui, la précarité est caractérisée par le sentiment d'être sans recours, sans personne pour répondre au malaise non exprimé.

L'exemple de Rachida, une cheffe d'équipe de 54 ans, illustre les répercussions sociales de la précarité, initiée par des problèmes au travail.

Rachida, malgré son sérieux et sa loyauté envers son travail, se retrouve confrontée à un conflit avec un nouveau directeur. Le conflit au travail, apparemment lié à des demandes matérielles, révèle des tensions plus profondes. Rachida, une femme décidée, peine à comprendre pourquoi ses demandes sont perçues comme des fautes. Au fil des séances, Rachida évoque sa vie personnelle, malgré sa douleur, elle la considère comme supportable grâce à sa foi religieuse. Cependant, elle ne peut accepter le mal infligé délibérément par ses responsables. En congé maladie, Rachida reprend un emploi moins qualifié mais accepte son sort sans se plaindre. et devient rapidement une employée modèle. Rien ne se dit sans conséquence pour Rachida. Ce n'est qu'après avoir repris un travail qu'elle a pu venir au CPCT. Alors nous arrivons à traiter les ruptures et en particulier les ruptures professionnelles. Elle

peut reconnaître que ce qui lui était inacceptable lui a fait poser des actes et l'a empêchée d'entendre l'aide qui lui était proposée.

Les approches existantes face à ces situations

La question de l'adresse (Tanguay, 1994) est centrale car elle sous-entend la possibilité pour les personnes de poser une demande, de disposer d'une écoute sans contrainte, ni sans réorientation obligatoire vers un système de « solutions » sous contraintes.

La situation expose une complexité dans l'accès aux soins en psychiatrie, marquée par une crise des urgences publiques. Malgré le développement des équipes mobiles et des interventions à domicile, l'accès effectif aux services reste problématique, en partie à cause de l'articulation complexe entre les institutions et ces équipes. La restructuration hospitalière accroît la difficulté d'orientation, rendant les dispositifs peu repérables. La réponse actuelle, symbolisée par la mise en place de structures temporaires sur des parkings hospitaliers, illustre les défis pratiques.

En psychiatrie, la situation est encore plus préoccupante avec un renvoi constant entre les secteurs libéral et social. Cette dualité entrave l'accès aux soins, plongeant les personnes dans une invisibilité croissante à mesure que les obstacles s'accumulent. Les médecins traitants, bien que sollicités, se trouvent dépassés, entravant la possibilité pour les patients de formuler des demandes de soins. L'accès initial aux soins, sans référence hospitalière et avec des difficultés d'accès au secteur libéral, devient ainsi un défi insurmontable pour de nombreuses personnes en détresse psychologique.

Qu'en est-il du côté du travail social ?

Les professionnels de l'éducation et de la santé expriment souvent un sentiment d'impuissance face à la complexité des situations de précarité, soulignant la difficulté à répondre de manière adéquate. L'approche adoptée privilégie un double accompagnement, à la fois social et vers le soin, tout en reconnaissant la nécessité de soutenir les intervenants travaillant avec le public précaire. Plutôt que de fournir des solutions toutes faites, l'accent est mis sur le concept de "soigner l'accompagnement", encourageant les individus précaires à saisir les possibilités offertes et à tracer leur propre chemin. La précarité, tout en étant socialement observable, a des ramifications psychiques qui rendent difficile son expression et la demande d'aide. Les professionnels soulignent l'importance de reconnaître cette réalité psychique et de travailler avec l'impossibilité de prédire ou de dicter les réponses. L'accent est mis sur des actions qui s'inscrivent dans la durée et valorisent l'expérience plutôt que l'efficacité immédiate, reconnaissant que gouverner, éduquer et soigner sont des métiers complexes et exigeants.

Nicole Borie : *« La précarité chez les humains est repérable socialement mais elle se structure psychologiquement. La frontière entre celui qui se sent précaire et celui qui ne le serait pas, n'existe que sur le plan social. Sur le plan psychique, la précarité a la particularité de ne pas pouvoir se formuler. La conséquence en est une impossibilité à demander de l'aide. Les mouvements de réclusion que nous constatons tous en nette*

augmentation : ne rien demander et son contraire, tout demander tout le temps n'importe où, réclamer son dû, signent cette impossibilité à demander. Là commence le travail. Une personne qui ne demande plus peut potentiellement passer à l'acte. Hurler dans une maison du département est la forme visible de ce renoncement à pouvoir s'adresser à quelqu'un, l'acte auto ou hétéro-agressif en est malheureusement aussi la conséquence. Personne n'avoue sa précarité. Cela ne s'avoue pas, car c'est la dernière façon de donner place à sa dignité. »



Ce que disent les participants à ECOVIP

L'impératif de poser un diagnostic médical, social, psychiatrique s'il est nécessaire, n'ouvre pas toujours sur des solutions plurielles pour la personne accueillie en grande précarité. Il y a un lien très fort entre diagnostic pour (ré)orienter, sans pour autant faire place à la personne.

Ce que nous appelons « fonction d'accueil et d'écoute en déroute », c'est la difficulté de travail coopératif entre acteurs (illisibilité des acteurs et méconnaissances réciproques) et le manque de temps pour que les personnes puissent en arriver au stade de poser une demande, en toute dignité, voire de faire une demande de soin. L'acte d'orientation prend le pas sur l'écoute.

Des injonctions institutionnelles et managériales de modalités de fonctionnement s'accumulent et entravent cette écoute. Il est maintenant question de résultats, de chiffres, d'actes d'orientation, aux dépens de l'acte d'écoute. Ce différentiel entre injonctions managériales et fonction d'accueil et d'écoute induit, chez les acteurs du secteur socio-médical, une souffrance au travail croissante. Face à cette difficulté, l'étude a mis en avant le besoin, chez ces

praticiens en proximité et/ou du secteur associatif de disposer d'espaces d'échanges permettant de s'inspirer des innovations et adaptations des uns et des autres pour eux-mêmes produire cette innovation au quotidien.

Nicole Borie : « *De cette recherche-action ECOVIP très vivante ressort une piste d'expérimentation qui vise à étayer les professionnels du champ psychosocial dans leurs difficultés, impasses, impossibilité à aider. Il ne s'agit pas d'un dispositif de plus pour « trouver des solutions », mais bien d'investir un lieu, un temps pour déposer ses difficultés et échanger sur les nœuds, les tours et les détours que prennent chacune de ces situations. C'est justement le fait de dégager un espace-temps qui permettra aux professionnels de faire le pas de côté dont ils ont besoin pour tenir leur position. C'est de la création d'un espace entre le soin et l'accompagnement social que peut s'ouvrir une possibilité de traitement de la précarité. Nous resterons attentifs à soigner l'accompagnement. Mettre au centre le lien davantage que la personne concernée est ce qui a des effets pour la personne précaire, c'est-à-dire travailler avec la persistance d'une présence qui fait recours pour elle. Cela ne peut pas toujours se mettre en dispositif.* »

Du côté des 50-64 ans, un isolement initial et qui s'amplifie

Ce que vivent les professionnels du champ psychosocial se trouve en écho de ce que vivent les publics. Le travail des ateliers ECOVIP nous a appris à être attentifs aux signes de l'isolement, perçus tant du côté social que du côté soin. L'isolement, c'est aussi le point de départ que nous avons repéré chez nos jeunes seniors et qui provoque l'invisibilisation. Tout d'un coup, par une rupture au travail, ils rentrent dans une spirale d'isolement et d'invisibilisation, ce qui fait que tous les liens sociaux autour d'eux, y compris familiaux, vont tendre à se casser ou à se distendre. On est dans le même mouvement où il faut batailler pour retrouver des co-constructions, des espaces d'échange et de construction collective.

Politiquement, au titre de la Ville de Lyon, tout l'enjeu réside dans une prise de conscience du phénomène à l'œuvre et de ses conséquences, ce à quoi participe le présent

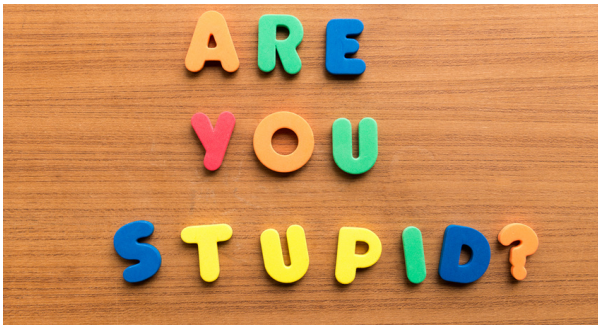
colloque. Un énorme travail d'exploitation des données de la recherche-action ECOVIP est en cours pour en tirer de multiples formats de communication, et mettre cette question à l'agenda politique. Le travail de diffusion est particulièrement important à plusieurs égards. Certes d'une part, en aide à la décision au niveau des « gouvernants » a minima localement. C'est aussi l'objectif de capitaliser les connaissances rassemblées par la recherche-action ECOVIP et de diffuser cette connaissance et toutes les pistes qui sont évoquées comme adaptation des pratiques, expérimentations etc. L'enjeu de la transmission de la connaissance acquise est fondamental.

Intervention d'Yves Couturier

Malgré les lois, les stratégies innovantes et les politiques bienveillantes dans le secteur de la santé et des services sociaux, des défis persistent. Un déterminant souvent négligé, **la stupidité**, apparaît comme un obstacle potentiel majeur au bien-être des employés du système de santé et des services sociaux. La stupidité apparaît comme un facteur contribuant à la souffrance au travail et, de fait, à la maltraitance. Alors que les politiques et les organisations internationales reconnaissent de plus en plus l'importance de prendre soin des employés, notamment dans le domaine de la santé, la stupidité présente à travers des normes et des règles peut entraver le travail de manière significative. A travers cette nouvelle prise en compte du bien-être des employés, les innovations ne peuvent réussir sans prendre soin du personnel. La stupidité est identifiée comme une condition structurelle à considérer dans la recherche de solutions pour prévenir la souffrance au travail. Dans ce cadre, la nécessité d'agir sur les déterminants de l'empêchement du travail devient important, et notamment avec un accent particulier sur la stupidité.

Définir, détecter et agir sur la stupidité

Dépister les foyers de stupidité et agir dessus est considéré comme primordial par Yves Couturier. L'écart entre la production scientifique et son application paraît immense, et tend à entraver la réalisation des innovations, puisque les moyens pour les mettre en œuvre sont manquants.



Yves Couturier : « *L'écart qu'il y a eu entre ce que la science produit et ce que le soin réalise est immense. Ça ne veut pas dire que la science a toujours raison, mais en tout cas il y a des pertes dans le tuyau. Il y a beaucoup d'énergie qui se perd. Moi je suis rendu à un point que quand je croise un décideur public, un décisionnaire public, je lui dis « cessez d'innover ! Appliquer, réaliser ». [...] En France, le mille-feuille de l'innovation qui vous étouffe au quotidien contient plein d'idées, mais sans les moyens de les accomplir. La perte dans les tuyaux, c'est de la stupidité. »*

La stupidité est définie comme une réaction stupéfaite face à la réalité, « c'est l'idée d'être tétanisé devant le réel ». Le nombre d'individus stupides dans le monde reste encore sous-estimé.

Yves Couturier évoque l'ouvrage « les lois fondamentales de la stupidité humaine » de Carlo M. Cipolla qui développe ces lois comme mettant en lumière le nombre sous-estimé d'individus stupides. Une personne stupide agit de manière néfaste pour les autres, mais sans en tirer profit pour elle-même. Même si la stupidité est indépendante de toutes les autres caractéristiques d'individus, les personnes stupides sont dangereuses, notamment parce qu'elles sous-estiment l'effet de leur stupidité sur les autres. La stupidité n'est pas seulement individuelle mais peut résulter de processus organisationnels. Ces processus génèrent des problèmes tels que la souffrance au travail et la maltraitance.

Les conditions qui génèrent des stupidités organisationnelles

Selon Alvesson et Spicer (2012), il y a 3 grandes conditions cognitives qui génèrent des stupidités :

- **Un manque de réflexivité** : Sans se demander si ce qui est fait produit des effets
- **Un manque de justification** : On fait des changements, on propose des choses, sans réfléchir profondément aux conséquences de ce qu'on fait.
- **Un manque de raisonnement substantiel** : Aller au fond des choses, peser le pour et le contre...

Les normes, bien que nécessaires, peuvent parfois entraver un travail bien fait. Certaines normes sont positives, mais si les professionnels agissent sans contraintes, cela peut entraîner des conséquences néfastes, comme une saturation des intervenants ou des cas où des personnes pourraient rester sans soins. « Il y a des règles qui sont foisonnantes, qui sont contradictoires, qui ne sont pas associées à des besoins, à des moyens en phase avec les attentes de la règle. Il y a des règles qui vieillissent, dont on ne réussit pas à adapter le caractère itératif des lois. »

La stupidité, représentée par des règles foisonnantes et contradictoires, peut générer des erreurs, mais qui ne sont néanmoins pas toujours des fautes. Considérer toute erreur comme une faute peut entraver le processus d'apprentissage, car l'erreur peut être un moteur d'amélioration. Une culture organisationnelle qui encourage la justesse face à l'erreur est essentielle pour favoriser l'apprentissage, contrairement à une approche punitive qui inciterait les individus à dissimuler leurs erreurs. « La condition fondamentale évoquée tout à l'heure pour que ça advienne, c'est une culture organisationnelle de justesse face à l'erreur. Si le message est « toute personne en erreur sera fouettée publiquement ou médiatiquement », les gens vont se cacher. »

Rendre visible les erreurs

Le management doit être éclairé pour reconnaître les erreurs transgressives faites dans l'intérêt commun. La figure du gestionnaire de cas devrait pouvoir contourner les règles au nom du bien commun, bien que cette approche puisse être théorique plutôt qu'appliquée. Des conditions environnementales peuvent créer des biais cognitifs, et certains outils au Québec, bien

qu'efficaces, sont mal aimés en raison d'effets secondaires mal expliqués et d'une mauvaise implantation.

Une culture de justesse face à l'erreur est essentielle pour permettre l'apprentissage, notamment à travers des espaces de réflexivité dans les milieux professionnels.

Selon Yves Couturier, un point délicat reste de pouvoir éliminer ces individus stupides du système. En l'absence d'une telle mesure, ces individus peuvent progresser dans la hiérarchie, créant ainsi des problématiques.

Comment se crée la stupidité ? Comment en sortir ?

Yves Couturier : « *Lacan fait une distinction entre la bêtise et la canaillerie. Et je la trouve assez pertinente concernant ce qu'on se dit ce matin, c'est à dire que certes, on ne peut pas éviter chacun à notre tour d'être un peu bête. Je vais le dire de façon très clinique, nous sommes fascinés par ceux qui ne sont pas bêtes. Ceux qui ne le sont pas complètement bien entendu, je ne parle pas de la stupidité dont vous parlez, mais ceux qui ne seraient jamais bêtes, c'est un peu inquiétant cliniquement. Alors que la canaillerie, c'est autre chose. Ce que vous évoquiez de la prison, c'est une canaillerie. C'est d'ailleurs le nom que vous avez utilisé, c'est des « canailles ».*

Le stupide croit en sa bonne foi. Et nous croyons tous au fait qu'il y a un bien pour tous, mais ça c'est déjà une bêtise. [...] Nous n'arrêtons pas de dire « le défaut il est dedans. Il va falloir faire avec le défaut ». Le point important, c'est de ne pas en faire en effet une stupidité organisationnelle. »

Comment faire avec la stupidité, partie intégrante de l'être humain ? intervention de Nicolas Borie

Il est souvent tentant de céder à la facilité, parfois en ignorant les vérités qui nous dérangent. Un exemple frappant est la façon dont la question de la faute est gérée. Parfois, nous la projetons sur ceux que nous sommes censés aider, comme une famille qui ne saisit pas les opportunités qui lui sont offertes ou une personne négligeant son propre bien-être.

Cette attitude peut découler de notre propre détresse en tant qu'aidants, ce qui nous pousse à rejeter la responsabilité sur les autres.

En milieu professionnel, la stupidité organisationnelle peut devenir une norme, causant des dommages durables. Les efforts pour éliminer les éléments perturbateurs sont entravés par un manque de courage managérial. Des exemples concrets, comme la détérioration d'outils d'évaluation clinique en simples formalités administratives, illustrent ce phénomène. La situation au Québec, avec sa gestion de cas en souffrance, reflète les conséquences néfastes d'un retard institutionnel. Pour la suite, il devient crucial de reconnaître l'impact de la stupidité organisationnelle sur le bien-être des travailleurs et d'agir pour y remédier.

L'apprentissage des erreurs pour s'assurer de ne pas les répéter ?

Il est nécessaire de reconnaître l'erreur comme une composante inévitable des sciences humaines. Yves Couturier s'appuie d'exemples donnés par Maurel sur la question de la réduction des erreurs : Les pilotes sont encouragés à partager leurs erreurs, détaillant comment ils les ont corrigées et quelles décisions ils prendraient dans des situations similaires à l'avenir, sans subir de sanctions. Cet exemple est comparé aux divulgations de maltraitance ou d'autres dysfonctionnements organisationnels. Un autre exemple est donné : l'utilisation de check-lists en chirurgie. Cette approche a considérablement diminué les erreurs en salle d'opération, grâce à la répétition et à la vocalisation des procédures.

Il est certain qu'une difficulté existe à appliquer des protocoles similaires à ceux utilisés en chirurgie ou en aviation dans des domaines comme la santé mentale et le travail social, où l'erreur est inévitable et souvent constitutive de l'apprentissage. Néanmoins, les échanges entre les participants soulignent la complexité de mesurer la qualité dans des domaines aussi conceptuels et subjectifs que le travail social et la santé mentale, suggérant que le débat essentiel porte sur l'utilité des règles et normes standards pour la qualité de l'action.