

## Article

---

« Instrumentalisme et réadaptation psychosociale : devenir des méthodes processuelles dans les "espaces intermédiaires" »

Michel Ducret et François Grasset

*Santé mentale au Québec*, vol. 19, n° 1, 1994, p. 33-46.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/032292ar>

DOI: 10.7202/032292ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

---

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

---

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : [info@erudit.org](mailto:info@erudit.org)



## **Instrumentalisme et réadaptation psychosociale** **Devenir des méthodes processuelles dans les «espaces intermédiaires»**

Michel Ducret\*  
François Grasset\*\*

Dans le domaine de la réadaptation psychosociale, les acteurs institutionnels décentrés dans l'espace «intermédiaire» font face à une crise d'identité et à des problèmes dont certains sont liés à une vision instrumentale de la pratique. Cette vision donne un assurance discursif et théorique mais entrave les partenariats possibles. Elle piège les situations relationnelles ouvertes sur du possible en privilégiant ce qui est orienté vers des actes de nature prescriptive et normative. Cet état de fait est encouragé par plusieurs facteurs liés au statut du soignant, aux politiques sanitaires et à leur évaluation. Dès lors, pour maintenir leur action dans l'intermédiaire, les équipes doivent la définir sur la base d'autres paradigmes inducteurs d'une pratique qui reste à la limite du soin et du soutien social.

### **Position de la question**

L'objet de cette réflexion est de s'aventurer dans le champ de la réadaptation psycho-sociale et de ses intervenants, des méthodes propres aux disciplines impliquées dans un domaine où il est beaucoup question de pluridisciplinarité. Quel que soit l'abord des termes de la question, ce parcours passe d'un pôle normatif et instrumental à un pôle participatif et communicatif au sens développé par W. Blankenburg (1986, 134-136).

Par action participative, nous entendons des formes non normatives d'exploration, d'écoute et d'ouverture à des possibilités diver-

---

\* M. Ducret, ergothérapeute principal, responsable du centre d'ergo-sociothérapie de l'unité de réhabilitation du Département Universitaire de Psychiatrie Adulte de Lausanne.

\*\* F. Grasset, médecin-chef de l'unité de réhabilitation du Département Universitaire de Psychiatrie Adulte de Lausanne.

ses, sans contrainte à priori, orientées sur l'autonomie du patient vu comme un interlocuteur. Il s'agit d'une approche dans laquelle «l'objet» est «l'autre», en tant que personne avec ses possibles, en dehors de toute préoccupation normative. Par instrumentalisme, nous entendons des stratégies visant une évaluation ou une réadaptation normative, relative à des critères qui rendent l'autre «hétéronome» et en font l'«objet» de procédures.

D'un côté, nous aurons des actes pratiques de types instrumentaux au sens de Blankenburg (1986, 135), une action maîtrisante, manipulatrice, orientée sur l'hétéronomie de l'autre, pris comme objet. Cette orientation entraîne avec elle des «incontournables» (Blankenburg, 1986, 139), c'est-à-dire ce qui ne se laisse pas cerner et manier par la méthode. L'autre possibilité est celle d'une pratique de «communication participante», l'action étant alors non dirigée, orientée vers l'autonomie de l'autre, et l'objet vu comme un «autre».

Dans l'instrumentalisme, c'est la connaissance orientée vers son objet, prolongée d'intentions techniques qui est au premier plan; dans l'autre cas, c'est la «reconnaissance» de l'autre comme être, comme homme au-delà du malade, comme l'autre qui me «regarde» — au double sens que cela me concerne en ce que j'ai de redevable au même «être» que lui, et que dans le regard qu'il porte sur moi se joue cette reconnaissance qui nous implique mutuellement.

Blankenburg parle de *prise en compte de l'aspect de l'autonomie de l'autre et d'«aide à s'aider soi-même»* (1986, 136); l'une des pratiques n'excluant d'ailleurs pas l'autre. En réadaptation, les intervenants qui naviguent entre ces deux pôles sont plus ou moins intégrés à des réseaux constitués par des organismes de tout ordre (publics, privés ou alternatifs), orientés sur la prise en charge (durable ou occasionnelle) de patients présentant des problématiques d'insertion, et dirigés de manière globale ou partielle vers les axes d'habitat, d'occupation, de travail, de loisir ou de convivialité. Ces organismes sont également plus ou moins «médicalisés», ou ne le sont pas du tout dans le cas des structures alternatives. Dans ce cadre, les principaux enjeux deviennent donc des modalités de coordination et de partenariat entre organismes. En dehors de tout esprit de tutelle, il s'agit d'instaurer une collaboration et une complémentarité. Cela doit se faire dans un climat de précarité économique qui s'oppose à la croissance des moyens, et induit dans plusieurs pays une volonté politique de réduction des coûts de la santé. Actuellement, plus personne ne peut revendiquer la maîtrise ni le monopole conceptuel d'un réseau

réhabilitatif dans une région. La prééminence médicale est remise en cause, le problème devenant psycho-social au sens large du terme.

Ces types d'interactions entre organismes divers posent aussi la question de la définition du soin et de la délimitation du champ d'activité des soignants, par rapport aux autres acteurs émergeant du tissu social pour intervenir dans ce domaine, et opposant parfois à la technique le discours militant.

### **Problèmes de définition**

La réadaptation désigne plus particulièrement une démarche de type thérapeutique essentiellement orientée vers la mobilisation des ressources disponibles malgré les handicaps liés à la maladie; elle vise à restituer ou à développer des qualités, des aptitudes perdues ou déficientes. Par conséquent, au sens propre du terme, la réadaptation correspond à un processus de développement personnel.

En partant des discussions relatives à la définition du concept de réhabilitation, pour peu qu'on s'accroche à ce terme et non à celui de réadaptation, on voit deux interprétations se profiler: suivant l'étymologie de réhabiliter au sens juridique, il s'agirait de restituer une personne dans ses droits perdus ou atteints à un moment donné. Ce sens implique le recouvrement d'une position précise, localisée, le retour à une position descriptible et identifiable. Ce premier sens est assez voisin de la connotation normative de «réadapter», ou de «réinsérer», qui implique également une attache précise. Un deuxième sens possible, développé par Y. Gasser<sup>1</sup>, est celui de «habilis» dans le mot réhabilitation, qui renverrait à «rendre dispos», ou encore au fait de «rendre une inclination à l'action». Cette manière de voir n'implique plus la restitution d'une position précise, mais renvoie à un ensemble de possibles, dont les formes ne découlent pas, de manière causale et déterminée, des potentialités remises en éveil. Cette différence entre un but à atteindre qui a une localisation et une visée potentielle non normative nous paraît essentielle pour la suite.

### **Possibilités ouvertes ou objectifs spécifiques?**

Si nous admettons que ce qui est visé est de l'ordre de «possibles» concernant une personne, le possible s'accommode-t-il des objectifs prescrits à ceux qui sont impliqués dans le champ destiné à en favoriser l'émergence? Toute forme de thérapie ou d'action thérapeutique vise un changement ou une modification, mais cette action implique, dans la logique de la méthode, des concepts d'origine

permettant de comprendre et d'interpréter, de définir un problème, puis de mettre en place une logistique. Dans l'orientation selon la méthode, cela suppose des symptômes définissables, une théorie, le but étant l'introduction dans l'espace relationnel d'actes permettant le passage d'un état à un autre. Le symptôme, associé à l'histoire, permet des prédicats qui valent alors comme hypothèse dans le cadre d'une situation perçue comme modifiable. Ceci constitue une forme de psychologisme instrumentaliste qui comporte le risque de l'«évacuation du sujet». Fondamentalement, cette ouverture sur le possible conduit A. Meyer à formuler:

*«Our role consists in giving opportunities rather than prescriptions... It is not a question of specific prescriptions, but of opportunities».* (Meyer, 1922, 7).

On retrouve cette thématique dans un article de E. Yerxa reprise à l'éclairage de sa lecture de Heidegger:

*«he felt that in the world of everyday experience man comes to terms with what he is only by coming to terms with possibilities or potentialities».* (Yerxa, 1967, 7).

## Héritages et contraintes

Les objectifs des intervenants en réadaptation sont parfois teintés de l'héritage de leurs histoires institutionnelles. On peut, dans une certaine mesure, considérer que le discours sur la «réadaptation» émerge proportionnellement à la désinstitutionnalisation, elle-même suivant les mouvements de psychothérapie institutionnelle. Certains intervenants émergent alors dans le champ intermédiaire tout en restant liés aux institutions qui les portent.

C'est donc en se différenciant progressivement des structures ordinaires de l'appareil institutionnel dont elle émane, qu'une équipe pluridisciplinaire va pouvoir se muer en un système soignant. Cette mutation dépend de la capacité de ce groupe d'intervenants de structurer son identité collective, en acquérant suffisamment d'indépendance et d'autonomie pour définir ses propres règles d'organisation, de communication et de collaboration. D'autre part, l'expérience montre que le processus de différenciation est corollaire de la constitution d'une histoire qui ne soit pas réductible à la relation d'un banal épisode du fonctionnement coutumier de l'institution. Tramée d'anecdotes originales qui correspondent à la représentation d'expériences relationnelles spécifiques vécues par les soignants en fonction des rapports significatifs qu'ils établissent avec leurs patients

dans un contexte thérapeutique particulier, cette évolution est cependant entourée de contraintes diverses.

Diminuer l'offre du milieu hospitalier traditionnel constitue déjà une mission assez claire qui, avec les problèmes de budget des collectivités publiques, se voit encouragée par des raisons qui ne sont pas que sanitaires. Si cette pression débouche sur des filières particulières pour des raisons de stricte réduction des coûts, la poursuite de l'émergence de potentialités non définies est déjà en péril, au risque d'aboutir à ce que P. Bussière<sup>2</sup> appelle une «externalisation abusive».

Sur le plan des politiques sanitaires, la réduction et la maîtrise des dépenses ont pour conséquence des redéfinitions de priorités, voire le transfert de certaines tâches des institutions publiques au secteur privé d'intérêt public (partiellement subventionné), ou même à des organismes communautaires qui ne sont pas organisés en priorité sur un mode de soins. Ces politiques sont également marquées par les conséquences parfois imprévisibles des réglementations entre assureurs publics et privés (assurances sociales ou caisses-maladies).<sup>3</sup> Les caisses-maladies considèrent qu'un handicap durable relève de l'invalidité, donc des assurances sociales; et ces dernières considèrent qu'un «handicapé» présente forcément des problématiques stables, et par conséquent peut être pris en charge par des institutions ou des équipes totalement démedicalisées. De plus, à un moment donné, une même personne ne peut relever que d'un seul statut: handicapé ou malade. Le subventionnement des institutions étant relatif au statut des personnes prises en charge, la continuité des soins est par conséquent gravement menacée<sup>4</sup>. Par exemple, en Suisse, les directives actuelles tendent à proposer une ségrégation physique, géographique ou architecturale, afin que les «handicapés ne côtoient plus les malades». Un handicapé ayant besoin de soins deviendrait alors un «malade» ne pouvant plus être pris en charge par la même équipe, ou alors la structure qui s'en occupe devrait disposer de lieux respectant le principe de ségrégation. Sachant que des crises évolutives sont fréquentes parmi les personnes dont nous nous occupons, on les voit mal changer d'équipe et de lieux rien qu'à cause de cette logique bizarre, dont les arguments fondateurs sont d'ordre financier et relatifs aux payeurs potentiels.

### **Espace «intermédiaire»**

La réadaptation se situe précisément dans cet espace intermédiaire entre le milieu de soins et l'environnement naturel; c'est dire que ses intervenants sont impliqués dans des interactions mobilisant

aussi bien leur identité de soignant que celle de personne ou de citoyen, auprès de malades vus comme personnes non réduites au statut de patient. Cet espace est «virtuel et ambigu» (Racamier, 1987, 627): il est alimenté par les interfaces de deux groupes (intervenants et malades psychiques) ainsi que par leur culture, et n'est plus alors ni à l'un ni à l'autre ou, inversement, il est à l'un et l'autre. Ces institutions sont l'œuvre à la fois des patients et des soignants, et se développent interactivement autour d'un espace «virtuel» commun, qui en constitue la partie la moins «visible», flottant entre les limites mentionnées. Fréquemment cette position n'est pas ou n'est plus reconnue par les gestionnaires et les assureurs. Les assureurs-maladie arguent que les stratégies réhabilitatives ne relèvent pas de traitements médicaux au sens strict du terme, et les assureurs sociaux, que ce sont des mesures médicales puisque les équipes qui les réalisent comptent du personnel médical et paramédical.

Le problème des limites dans cet espace intermédiaire du champ de la réadaptation se pose aussi relativement aux spécialités professionnelles des intervenants et quant à leur manière de collaborer.

L'appartenance à une profession dans le domaine de la santé est réglementée en ce qui concerne son exercice et les qualifications requises. Une profession se définissant alors comme un ensemble de paradigmes et de méthodes instrumentales orientées sur un objectif. La floraison de spécialités dans le domaine thérapeutique et les chevauchements de champs de pratique poussent les professionnels à développer de manière logiciste les théories qui leur sont propres et qui ont alors l'aspect de processus. Cette démarche est également nécessaire eu égard au problème du remboursement des prestations par les divers tiers-payants. Cet état de fait conduit à un corporatisme et une «*bousculade des spécificités techniques*» pour employer le mot de J. Dubuis<sup>5</sup>, sur fond de «*fin des certitudes*», qui s'opposent à la nature de l'espace intermédiaire. De plus, les contacts permanents avec des non-professionnels, voire des alternatifs ou des bénévoles (par exemple la collaboration avec l'entourage social et familial) obligent à nuancer cet assurage processuel. Au delà de la pluridisciplinarité, il s'agit plutôt de partenariats multiples et mouvants, dans un espace en partie démedicalisé.

### **Identité et corporatisme**

Toutes sortes de questions se posent aux intervenants professionnels dans le champ intermédiaire lorsqu'ils accompagnent des personnes dans des activités de la vie quotidienne, dont une part ne

relève pas du soin ou d'un processus, mais de manières d'être, de compréhensions culturelles, voire de bon sens ou de sens pratique. Il nous est arrivé de recevoir dans notre expérience institutionnelle des démissions de la part de personnes déclarant que cet espace intermédiaire ne permettait plus de déployer des stratégies professionnelles techniques et spécifiques, et que leur champ d'action n'étant plus clairement délimité par rapport à d'autres intervenants, ils ne supportaient plus de ne plus savoir quelle était leur place dans ces stratégies.

### **La «relation» comme effet de méthode**

Dans maints domaines des spécialités paramédicales, il est toujours postulé que, quels que soient les processus propres aux disciplines, c'est la relation qui est «centrale». On peut cependant se demander si le déploiement finalisé de techniques spécifiques n'invalide pas la possibilité d'une rencontre; surtout si la situation de rencontre dépend de critères définis aboutissant à une prescription. Au delà des techniques, c'est l'accès au lien social qui est primordial pour les personnes dont nous nous occupons. J. Dubuis parle *«d'exilés du lien social»*<sup>6</sup>. Cela suppose des structures molles et associatives dans lesquelles la manière d'y entrer et d'y être accueilli est peut-être le fait fondamental; en ce sens que déjà à ce niveau la prescription peut être remplacée par l'information et le dialogue, en évitant toute contrainte autre que les règles communément définies des environnements concernés. Ces règles concernent la routine de ces structures, voire les contrats de travail ou d'occupation, qui sont définis de manière interactive avec les usagers. Ces éléments de règles formalisés constituent l'encadrement du «laisser advenir», ce cadre limitant alors le «laisser faire» aussi bien pour les intervenants que les usagers. C'est ce «laisser» qui est alors insupportable pour le thérapeute, car cette situation d'attente d'une émergence possible s'oppose au côté sécurisant du déploiement d'activités bien définies.

### **«Assurance de l'intervenant»**

À ce stade, les intervenants institutionnels en réadaptation sont dans une situation inconfortable tant sur le plan de leur statut que sur celui du financement de leur action, laquelle est également difficilement justifiable par un discours théorique solide. Les gestionnaires sont peu enclins à financer des structures molles et associatives où le «possible» peut impliquer momentanément une apparence de «non-agir» des intervenants rémunérés. C'est la qualité de «l'être là» qui semble alors difficile à justifier, particulièrement lors de visites de



l'institution alors qu'on ressent une gêne devant le fait qu'il se pourrait qu'il n'y ait finalement rien de tangible à montrer au visiteur, l'essentiel se situant dans une microculture issue des liens qui se tissent quotidiennement au niveau des activités. L'intervenant est alors dans cette situation de manque d'assurage, au sens de la corde du grimpeur qui l'assure, même s'il n'y a pas de tension dessus, et même si dans certains passages il n'en aurait pas eu besoin. La fragilité de cet assurage du point de vue théorique et pratique est à la fois difficile et dynamisante, permettant en face de doutes divers de ne pas choisir les routes les plus directes ou les plus usuelles.

### **Recadrage de la question**

Cet apparent manque d'organisation et de guidage conduit finalement à se demander comment une telle structure peut encore avoir un discours crédible et identifiable en termes d'organisation, d'action, et de nature du personnel impliqué. Car si le processuel et les techniques spécifiques ne sont pas premières, comment l'organisation peut-elle encore se définir? La question subsidiaire peut être: au nom de quoi financer un réseau réhabilitatif, et de manière radicale, de quoi est-il question?

Au niveau primaire, il est question de «qualité de vie» pour un ensemble de personnes présentant des difficultés diverses sur le plan relationnel. Dans la vie quotidienne, elles sont exclues du travail compétitif. Généralement supportées déjà par des structures d'assistance qui subviennent à leurs besoins, elles sont isolées sur le plan social. Lorsque ces personnes sont en butte à des difficultés majeures, elles sont totalement ou partiellement prises en charge par des structures hospitalières ou ambulatoires. En dehors de ces phases plus aiguës, les équipes hospitalières transmettent les situations à d'autres organismes généralement situés dans l'intermédiaire, comme interface entre le soin et le social. Il est clair que ce n'est pas parce qu'un patient est stabilisé que ses problèmes d'insertion et de qualité de vie sont résolus; au contraire, c'est souvent là qu'ils commencent dans le domaine psychiatrique. Ceci fait déjà apparaître que la réadaptation ne se déploie pas pour tout le monde, mais concerne une partie des personnes présentant déjà des difficultés durables.

Cette question de qualité de vie se pose dans nos sociétés occidentales sur toile de fond de crise économique et de déficits publics impliquant des politiques d'austérité, de non croissance, avec une perte de pouvoir d'achat qui atteint une partie des classes moyennes<sup>7</sup>. D'aucuns n'hésitent plus à parler de retour à une société à deux

vitesse. Ce climat n'est pas favorable aux personnes qui nous concernent car, si elle ne sont pas déjà définitivement exclues, elles sont les premières à subir les effets du ralentissement économique, en particulier sur le plan de l'emploi (Picand)<sup>8</sup>. Des enquêtes récentes montrent qu'elles sont souvent les premières licenciées en cas de difficultés (Porchet)<sup>9</sup>. Cette situation implique également une critique du rôle du travail dans la réadaptation (Arveiller et Bonnet, 1991, 187-189), qui fut longtemps central, jusqu'à être considéré comme le critère principal d'une réinsertion réussie. À l'heure où des travailleurs compétents se font licencier pour cause de restructuration, et où la rentabilisation des entreprises de même que l'informatique provoquent la suppression de la plupart des petits travaux, et où même des ateliers protégés en sont réduits à mettre leur personnel et leurs patients au chômage, le travail ne peut plus être le critère central; si ce n'est en ce qui concerne les conséquences négatives de l'absence d'emploi du temps et d'un rôle dans la communauté (Harvey-Krefting, 1985, 301-307). Dans ce climat de précarité économique, il devient périlleux de parler de «qualité de vie». Cette notion relevant plus d'un ensemble d'idées sur la valeur de la citoyenneté et de la politique que des choses mesurables et quantifiables, qui sont très à la mode. Le critère le plus souvent choisi est celui du coût social d'alternatives diverses, ce qui permet d'éviter la question normative de la qualité de la vie. À notre avis, plutôt que de les considérer séparément, il faudrait associer définitivement les notions de qualité de vie et de coût social, afin de juger de ce que peut favoriser un réseau de réadaptation et à quel prix. Que pouvons-nous faire comme esquisses sur cette toile de fond, compte tenu des incontournables et de notre expérience des histoires des personnes qui entrent en jeu?

Ce que nous voyons, c'est que les prises en charge de ces personnes se font en fonction des structures disponibles et des payeurs potentiels; ce qui les contraint soit à s'adapter au statut de malade ou de handicapé et, selon le statut, leur limite l'accès de certaines structures. Au gré de crises évolutives, cette logique est cause de va-et-vient entre les établissements hospitaliers et les institutions à but socio-éducatifs, avec intervention éventuelle des structures intermédiaires se situant entre l'hôpital et le milieu de vie à l'extérieur, structures dont l'existence est fragile pour les raisons exposées ci-dessus. De l'hôpital au milieu de vie, avec subsidiairement la question d'un travail protégé ou d'une occupation, les passa-

ges sont souvent brusques et exclusifs, impliquant un changement d'environnement et d'entourage social.

### **Précarité et perspectives**

Un des premiers rôles de l'intermédiaire est d'offrir des environnements souples et malléables hors des strictes logiques de soin ou du réalisme économique du logement et du travail. Cette zone intermédiaire devenant alors une sorte de lieu «invariant» et flexible doté des possibilités que lui ouvrent sa distance du soin et sa marge de manœuvre en termes de gestion associative (Arveiller et Bonnet, 1991, 193). Cette situation sans certitudes confronte la structure intermédiaire aux mêmes problèmes de précarité économique que ceux auxquels sont soumises les personnes qui la fréquentent. De plus, les problèmes de situation vécus par ces dernières (situation entre le soin et le milieu de vie) sont également comparables aux problèmes des intervenants cités plus haut, à savoir leurs problèmes d'identité d'intervenants situés entre le champ de soins et celui du soutien social. Cette relative homologie des problèmes, bien qu'elle puisse être envisagée de manière négative, est le ressort principal de la co-évolution possible entre le groupe de «soignés» et les soignants œuvrant dans le champ psychiatrique intermédiaire. Ce qui fait le flou des positions est également ce qui rend la structure suffisamment malléable aux innovations et à l'ouverture, face à des problèmes qui ont souvent des interfaces communes au niveau de leurs conséquences pour l'intervenant ou pour le «patient». Bien avant les conséquences de processus techniques et les réalités pécuniaires liées à des conventions entre tiers-payants, ce sont des nécessités du quotidien qui seront partagées. C'est là que peut émerger une co-évolution (Grasset, 1991, 188), en fonction de laquelle les changements induits chez le patient sont en relation de réciprocité complémentaire avec des changements (adaptation, ajustement fonctionnel) qui se produisent dans le système soignant. Autrement dit, l'évolution du patient (système soigné) s'avère solidaire d'une évolution du groupe constitué par les divers intervenants qui interagissent et s'influencent mutuellement dans le contexte de leur collaboration (réseau).

### **Places des techniques spécifiques des intervenants**

En ce sens qu'elles s'opposent d'une certaine manière à l'avènement d'une relation authentique dans un espace intermédiaire, les critiques formulées à l'encontre de techniques instrumentales conduisent à restituer une position à l'instrumentalisme. Disons qu'il est

nécessaire, mais ne saurait être premier dans ce type de travail (Ducrot, 1991, 24-29). Ce qui est premier, c'est la capacité d'une équipe à faire face au doute sur sa propre position, en remplaçant les discours processuels par une gestion associative des activités du réseau; cette activité en soi devenant la production spécifique d'un ensemble d'intervenants. Par activité nous entendons les trivialités de la vie quotidienne et les tâches de gestion ainsi que des interventions plus spécialisées; chacun prenant alors sa place au gré des nécessités ou des décisions, en fonction de ses aptitudes à résoudre un problème. L'attitude d'un tel réseau est de ne pas «agir initialement», de laisser libre la rencontre, et d'agir au moment où les choses ont lieu; et c'est là que les instruments spécifiques de chacun deviennent utiles, de manière directe ou indirecte, comme porteur d'une activité ou comme consultant d'un collègue qui l'initie. En ce sens, la diversité de composition d'une équipe devient sa richesse, dès lors qu'elle dispose de spécialistes du soin psychiatrique (médecins, infirmiers), d'ergothérapeutes et de spécialistes de l'action sociale et du travail protégé, sans oublier les gestionnaires et les garants de l'intendance. Ces multiples compétences doivent cependant rester à l'arrière-plan de l'action d'une telle équipe et ne sauraient servir à l'élaboration d'un discours fondateur de son action. Ce qui est d'abord fondateur d'une telle équipe est la capacité d'évoluer dans le contexte de l'espace intermédiaire en offrant une stabilité à minima du cadre et des environnements dont elle dispose, ainsi qu'une capacité de métabolisation co-évolutive des problèmes. Ceci pourrait être un paradigme fondateur, autre qu'un discours théorique.

Quant au fait d'appartenir à des professions réglementées, cela constitue une garantie en matière de façon d'agir, une sorte de garantie de «neutralité» qui est nécessaire en ce lieu de l'intermédiaire. Un réseau institutionnel est exposé à des limites dans ses manières d'agir. Il ne peut accéder au discours militant à propos de certaines situations et se doit de rester dans le cadre de certains règlements (secret professionnel, confidentialité, lois sur le travail pour les occupations ou les offres d'activités protégées, rigueur dans la gestion des fonds, etc). Le réseau social spontané offre parfois des alternatives en dehors de ces règles, et c'est tant mieux. Toutefois, l'enthousiasme militant ne garantit pas toujours la nécessaire stabilité des cadres, voire leur durée. D'autre part, par le fait qu'elles ne sont pas soumises aux mêmes règles, ces autres méthodes sont complémentaires. Cette complémentarité permet de situer le professionnel, qui est rémunéré et soumis à un cadre dans lequel il doit évoluer. Cette

particularité implique la définition de la position du professionnel dans les partenariats possibles; il reste un soignant ou un intervenant en relation avec un patient, et le cas échéant, ses parents, voire ses amis, un employeur ou une association qui s'occupe de lui.

## **Conclusion**

L'identité d'une équipe institutionnelle dans la réadaptation ne saurait se définir d'abord par une théorie sur son action ou par un catalogue d'activités, mais par son ouverture à ce qui peut advenir dans les cadres et environnements dont elle a collectivement la responsabilité. Cette position est délicate et peut s'avérer précaire pour les intervenants. Pour l'assumer, ils doivent disposer d'une certaine liberté par rapport à leurs organes de tutelle. Leur relations avec ces derniers doivent se baser sur des évaluations du fonctionnement général de la structure (résultats thérapeutiques, diversité des moyens intégrés, coût social, capacité de répondre à des demandes multiples, aptitude à stabiliser un cadre sans le figer).

L'octroi de moyens à de telles équipes est une décision à la fois politique et sanitaire. En effet, elles doivent pouvoir agir en dehors des logiques rigides et contradictoires des assureurs sociaux ou privés, ce qui les rend forcément tributaires de subventions, en raison de la nécessité d'échapper au remboursement d'actes particuliers, subventions qui leur permettront de maintenir leur activité dans un champ réellement intermédiaire. Ces subventions constituent ainsi un «fond de commerce» pour un maillon du réseau intermédiaire. Une des tâches de l'équipe est de gérer cet «investissement à risque» de manière associative, en y intégrant le plus possible les bénéficiaires. Pour le reste, il faut développer des ressources d'auto-financement à réinvestir dans des innovations ou soutenir les actions d'autres partenaires. La question n'est plus de l'ordre d'un combat de spécialistes sur la nature des techniques à déployer, mais de la prise d'un risque dans le subventionnement d'une structure qui s'aventure dans le champ intermédiaire, dotée d'une capacité d'action intégrée entre les limites du soin et du social.

## **NOTES**

1. Intervention de Gasser, Y., président de l'U.N.A.F.A.M., aux journées régionales pour la réadaptation psycho-sociale, CHS du Vinatier, Lyon, 1991.
2. Conférence de Bussière, P., Association de familles, journées régionales pour la réadaptation psycho-sociale, CHS du Vinatier, Lyon, 1991.

3. Directives de l'office fédéral des assurances sociales concernant l'octroi de subventions pour des institutions. En Suisse, le remboursement de prestations de soins relève d'assureurs privés (Caisses-maladie), et les cas d'invalidité relèvent d'assurances publiques fédérales (Assurance invalidité).
4. Ibidem.
5. Conférence de Dubuis, J., Journées régionales pour la réadaptation psycho-sociale, CHS du Vinatier, Lyon, 1991.
6. Ibidem
7. Conférence de Robichaud, J.-B., *L'appauvrissement des sociétés*, 3ème congrès de l'Association mondiale pour la réhabilitation psychosociale, Montréal, 1991.
8. Journées de travail de la FAH, «La personne handicapée dans le contexte socio-économique actuel», 1992, exposés de Picand, R., *Décennie 90: l'homme face à un marché du travail toujours plus exigeant*, et Porchet, A., *Réadaptation, formation, insertion des handicapés: une gageure en période de crise?*
9. Ibidem.

## RÉFÉRENCES

- ARVEILLER, J.P., BONNET, B., 1991, *Au travail..., les activités productives dans le traitement et la vie du malade mental*, Erès, Toulouse, 187-189, 193.
- BLANKENBURG, W., 1986, Sur le rapport entre pratique psychiatrique et phénoménologie, in Feddida, P., *Phénoménologie, Psychiatrie, Psychanalyse*, Echo-Centurion, Toulouse, 134-136.
- DUCRET, M., 1991, L'érgothérapie et la «méthode», ou le processus comme «tentation d'Orphée», *Journal de l'association suisse des ergothérapeutes*, 3, 24-30.
- GRASSET, F., 1991, Approche écosystémique des troubles mentaux, réhabilitation sociale des patients soignés dans les institutions psychiatriques publiques, *Neuro-psy*, 6, 4, 183-192.
- HARVEY-KREFTING, L., 1985, The concept of work in occupational therapy: a historical review, *The American Journal of Occupational Therapy*, 39, 5, 301-307.
- MEYER, A., 1922, The philosophy of occupational therapy, *Archives of Occupational Therapy* (retitled occupational therapy and rehabilitation), 1, 1-10.
- RACAMIER, P., C., 1987, Regard psychanalytique sur l'équipe soignante au travail, *Revue Médicale Suisse Romande*, n° 107, 627-634.
- YERXA, E.J., 1967, Authentic occupational therapy, *The American Journal of Occupational Therapy*, 21, no.1, 1-9.

**ABSTRACT****Instrumentalism and psychosocial rehabilitation:  
Development of methodological processes related to  
«intermediate space»**

In psychosocial rehabilitation, institutional actors which are not focused on the «intermediate space» (term coined by the authors to describe the time-space of interpersonal, solution-oriented communication filled by the actor and the patient) are faced with an identity crisis and other problems, some of which are linked to a instrumental vision of their practice. Such a vision leads to a discursive and theoretical approach, yet interferes with potential partnerships. Also, it traps open and solution-oriented relational situations by favouring that which is focused on acts of a prescriptive and normative nature. This state of affairs is encouraged by several factors linked to the actor's status, to health policies and to the evaluation of such policies. In future, effective work in this «intermediate space» will require that actors use other inductive models on which to base their practice which, incidentally, remains at the fringe of social care and support.

**Erratum**

Dans le dernier numéro de la revue, nous avons omis de publier les remerciements de Monsieur Philippe Corten, auteur de l'article «Qualité subjective de la vie et réadaptation: émergence et évolution conceptuelle». Nous tenons donc à corriger cette erreur.

**Remerciements**

L'article «Qualité subjective de la vie et réadaptation: émergence et évolution conceptuelle» a pu être mené à bien grâce au Programme d'Échanges Scientifiques Internationaux de l'Organisation du Traité de l'Atlantique Nord (CRG-910084), au Commissariat Général aux Relations Internationales de la Communauté Française de Belgique et au Fond National de la Recherche Scientifique Médicale de Belgique. Les considérations et conclusions de cette publication ne représentent cependant pas nécessairement les positions de l'OTAN, du CGRI ou du FRSM. Un remerciement particulier est adressé à E. Barrufol, L. From, C. Mercier et F. Vermeulen pour leur précieuse collaboration dans la recension des écrits.