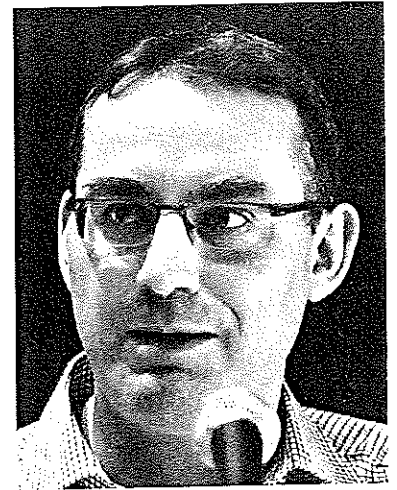


Proches et professionnels dans l'intervention de crise: qui aide qui?

Marc-Antoine Berthod

Anthropologue, professeur à l'EESP,
Lausanne



*«Rien ne sert de discourir, d'épiloguer des heures durant sur la souffrance. Il faut trouver des moyens pour l'éliminer et, si on ne peut pas, l'accepter, lui donner sens.»
Alexandre Jollien (1999)*

Qui aide qui dans l'intervention de crise? A première vue, cette question peut paraître saugrenue. Elle mérite pourtant notre attention, car les positions d'aidants ou d'aidés ne sont pas toujours aussi claires que nous pouvons le penser. Dans les faits, il arrive que l'aide prodiguée par les professionnels soit complétée par la personne en crise elle-même ou par les membres de son entourage. L'action des professionnels peut ainsi être soutenue – ou, à l'inverse, critiquée, voire contestée – par des individus qui, a priori, ne sont pas forcément pensés comme détenant les clés pour résoudre la crise et ses conséquences.

Dans le cadre de ma présentation, je vais partir du principe selon lequel les positions des uns et des autres – celles d'aidants ou d'aidés – ne sont jamais fixées. Ces positions bougent et se trans-

forment; elles s'annulent parfois ou s'inversent en fonction des circonstances, des connaissances et des expériences des professionnels, des proches et des personnes en crise tout à la fois. Qu'impliquent ces changements de position? Comment sont-ils perçus et vécus? Comment affectent-ils la situation de crise et la nature de l'aide fournie? Pour apporter quelques éclairages sur ces questions, je vais tout d'abord associer la notion de crise à celle d'incertitude. J'évoquerai ensuite trois figures de l'aidant pour commenter l'injonction à se montrer fort dans l'incertitude et décrire dans quelle mesure cette injonction influence l'intervention de crise.

Crise et incertitude

Bon nombre d'anthropologues ont étudié la façon dont tel ou tel groupe

culturel et social parvient à répondre aux crises existentielles vécues par ses membres. Susan Reynolds White (1997) a par exemple très bien montré comment certaines collectivités ougandaises gèrent ces situations de crises – avec ses dangers, ses urgences, ses malheurs et ses opportunités – liées à des conditions de vie très précaires. Il arrive ainsi fréquemment que les habitants de la région de Bunyole, dans l'est Ouganda, recourent à la sorcellerie pour faire face à une crise existentielle. Ce faisant, ces habitants cherchent moins à s'assurer de la réalité du procédé qu'à entrer dans un dispositif social bien établi afin d'entreprendre une action qui fait collectivement sens.

En l'occurrence, il s'agit d'obtenir un diagnostic de sorcellerie qui – indépendamment de son caractère véridique ou erroné – rend tout d'un coup possible une interprétation de la situation et permet d'orienter l'intervention. Autrement dit, le diagnostic fournit un point d'ancrage à la crise. Peu importe à ce stade de savoir où et dans quoi ce point vient s'ancrer; ce qui compte, c'est la *possibilité* d'ancrer la crise. Le diagnostic représente en outre un point de repère à partir duquel les positions d'aidants et d'aidés – ces derniers n'étant pas nécessairement la personne en crise elle-même – deviennent effectives; ces deux positions constituent un axe autour duquel la place des proches sera confirmée, modifiée ou redéfinie.

Concrètement, le sorcier – aussi appelé le devin – rencontre un proche de la per-

sonne malade ou frappée d'un malheur. Il tente de cerner le «problème» et d'identifier l'agent du trouble avant de proposer une solution. Il cherche à formaliser l'incertitude relative à la crise pour mieux la contrôler et, si possible, la réduire. A l'instar de ce que préconise Alexandre Jollien (1999) dans les propos que j'ai cités en préambule, il ne faut pas discourir sans fin sur la souffrance; il convient de lui donner un sens. *Grosso modo*, c'est ce que tente de faire le sorcier qui s'intéresse aux symptômes (quelle substance agit sur le psychique et le physique?) et aux potentiels facteurs extérieurs (quelle est la cause du mal ou qui l'a provoqué?), en rejetant généralement toute responsabilité individuelle de la personne concernée. Une fois le diagnostic posé, le sorcier recommande diverses actions qui inscrivent le vécu de la crise dans un ensemble de relations sociales préexistantes: régler une dette impayée; sacrifier un animal pour expier un vol; pardonner l'attitude d'un défunt; pratiquer des rituels bien définis qui obligent les différents membres d'une famille en conflit à trouver un accord ou à changer de point de vue.

Dans cet exemple, la notion d'*incertitude* est centrale. Elle caractérise l'intervalle temporel entre l'événement déclencheur de la crise et les premiers signes de sa résolution. Durant ce laps de temps flottant, le rôle du sorcier revêt une grande importance, car celui-ci va soudain émerger et interférer dans un système relationnel afin d'y intégrer le vécu troublé d'une personne: divers acteurs, parfois contre leur gré, sont dès lors mis

en relation les uns avec les autres par un jeu d'accusation ou de mobilisation d'autrui; l'attitude et les comportements des proches sont analysés, voire mis à l'épreuve par le sorcier qui, en la circonstance, aura été désigné comme celui qui détiendrait le pouvoir d'aider. En bref, le sorcier n'hésite pas à agir sur les proches de la personne en souffrance; il les prépare – peut-être malgré eux – à aider.

Je souhaite tirer deux enseignements de ces éléments introductifs. Le premier enseignement est qu'il peut s'avérer très utile de déplacer la focale sur la dimension sociale – représentée ici par le rôle des proches – pour comprendre et aider à résoudre une crise, plus particulièrement lorsqu'il s'agit d'une crise existentielle. La notion d'incertitude sert justement à effectuer ce déplacement de focale, dans la mesure où cette notion renvoie autant à la personne malade ou en souffrance qu'à la personne sollicitée pour prodiguer un soutien; elle réfère également aux membres de l'entourage qui ne savent pas toujours comment se comporter (l'aide concerne-t-elle la personne en souffrance? Un proche? Les deux à la fois?).

En d'autres termes, la notion d'incertitude empêche de porter le regard uniquement sur la personne «en crise» qui douterait de son propre état («suis-je toujours moi-même?») ou ne le comprendrait pas, ou plus («que m'arrive-t-il?»). Elle force à prendre en considération les remises en question des aidants («que se passe-t-il?»; «suis-

je bien placé pour aider?»), ces aidants pouvant être des proches ou des professionnels.

De plus, dans mon exemple de sorcellerie, il convient de faire remarquer que la notion d'incertitude ne s'applique pas qu'aux seuls individus: elle caractérise encore les *liens* qui unissent ces mêmes individus, ce qui nécessite une fine connaissance de l'histoire de leurs relations; ce qui nécessite une proximité avec les acteurs concernés, mais pas obligatoirement d'attachement affectif ou émotionnel. Ainsi l'établissement du diagnostic et l'intervention proposée par le sorcier ne dépendent pas que de la personne identifiée comme étant «en crise»; ils se nourrissent explicitement d'une appréciation – parfois partielle sinon partielle – des liens entre les individus, des conflits d'intérêts ou encore d'événements précis susceptibles de sous-tendre la crise, notamment psychique. Si ce point mériterait d'être discuté plus en détail, je veux simplement souligner ici que cette notion d'incertitude permet d'affirmer que la crise n'est pas qu'une affaire individuelle et personnelle; la crise est aussi – et peut-être avant tout – une affaire relationnelle.

Le deuxième enseignement que je souhaite tirer de cet exemple tient dans la nécessité de désigner un «aidant» pour formaliser l'incertitude liée à une infortune, un malheur ou une maladie. Or cette désignation n'est jamais évidente: qui est la personne la mieux placée pour aider? Faut-il se tourner vers un profes-

sionnel ou vers un proche, et si oui lequel? Plusieurs personnes vont-elles jouer ce rôle d'aidant? Indépendamment les unes des autres; en complémentarité ou en opposition? La personne qui aide est-elle assignée ou choisie par les acteurs concernés? Faut-il se tourner vers le sorcier ou vers le psychiatre?

Dans les faits, la désignation d'un aidant – voire de plusieurs aidants – peut-être plus ou moins formalisée, plus ou moins instituée (la façon dont nous percevons ou concevons la sorcellerie chez nous est certainement bien éloignée de celle des habitants de la région de Bunyole). Cette désignation dépend des institutions de prise en charge, des normes sociales qui prévalent et des registres d'interprétation que les uns et les autres sont à même de mobiliser pour faire face à une crise existentielle. Or quelle que soit la façon dont ces différents éléments se conjuguent, il en résulte une asymétrie des positions entre aidants et aidés qui n'est pas sans incidence sur le type d'aide pouvant être déployée lors d'une période de crise.

Que ce soit au cabinet médical, à l'hôpital, dans la maison d'un proche ou à la résidence du sorcier, cette asymétrie se traduit dans un rapport de force qui conditionne la façon dont l'aide peut être prodiguée. Face à l'incertitude, l'aidant – dès lors qu'il est désigné comme tel – est en effet soumis à l'injonction suivante: il doit se montrer capable de contrôler cette incertitude et la réduire pour gérer au mieux la crise. En un mot,

l'aidant doit être à la hauteur; il doit se montrer fort dans l'incertitude.

Se montrer fort pour aider?

Pour se montrer fort, l'aidant doit – a priori – assumer l'asymétrie contenue dans la sollicitation d'aide (ou l'intervention d'urgence, celle-ci pouvant être contrainte); il doit garder à l'esprit le fait que cette asymétrie peut resurgir à tout instant, même si cette asymétrie s'estompe parfois ou disparaît dans la relation, en particulier quand il est demandé à l'aidé – explicitement ou implicitement – de puiser dans ses propres ressources.

Face à cette injonction à «se montrer fort» dans l'incertitude, trois figures différentes de l'aidant méritent d'être commentées. Il y a tout d'abord celui qui s'engage dans une relation d'aide en tirant son autorité d'une initiation, de caractéristiques innées ou encore d'une obligation résultant d'une tradition populaire; ces éléments contribuent à désigner certaines catégories de personnes qui auront pour vocation de prendre en charge la souffrance d'autrui en endossant et assumant, parfois en recherchant, le rôle d'aidant. Nous pouvons ranger dans cette catégorie les sorciers énoncés auparavant ou, plus près de nous, les voyants et autres médiums qui sont sollicités pour toutes sortes de motifs liés à l'incertitude des personnes qui les consultent (Berthod, 2007). Nous pouvons encore mettre

dans cette catégorie les guérisseurs – ceux dont on dit qu'ils détiennent le «secret» – qui, comme l'a bien montré Charles Chalverat (2007), échafaudent souvent leur expertise de la relation d'aide à partir d'une meilleure connaissance d'eux-mêmes et de leurs propres expériences de la souffrance, voire du malheur.

La plupart du temps, ces aidants sont contraints de se montrer forts en affichant clairement l'asymétrie de leur savoir-faire et leur capacité à gérer la crise: ils disent savoir des choses que les aidés ne peuvent pas savoir; ils disent voir des choses que les aidés ne parviennent pas à voir. Mais qu'on ne se méprenne pas: afficher ce «pouvoir» ne signifie pas l'absence de doutes durant l'intervention, ni absence d'un travail sur les propres ressources de la personne aidée, bien au contraire. Tout se passe comme si cette figure de l'aidant devait assumer seule le diagnostic et le type d'aide qui en découle. Son intervention peut par contre s'adresser indifféremment à la personne en souffrance et au proche qui sollicite l'aide; pour mon propos, il me paraît intéressant de faire remarquer que cette première figure de l'aidant est en quelque sorte libre d'interpréter les relations sociales dans lesquelles évolue la personne en souffrance et d'impliquer les proches de cette personne.

Il y a ensuite l'aidant dont l'autorité repose sur une reconnaissance institutionnelle et scientifique; son savoir est communicable et collectivement par-

tagé, accessible (ce qui ne veut pas dire pour autant compréhensible pour chacun). Nous pouvons globalement évoquer ici l'ensemble des professionnels mobilisés dans une situation de crise. Ces aidants sont censés travailler rationnellement avec l'incertitude de la crise: ils peuvent contacter un collègue avant d'établir un diagnostic; ils peuvent partager leurs doutes quant à la réussite d'une intervention avec un proche ou la personne malade elle-même; ils peuvent expliquer la façon dont ils sont parvenus à leur diagnostic et décrire les effets attendus de l'intervention. Cela relève même du devoir d'informer. «Se montrer fort» repose donc moins ici sur un travail sur soi et la mobilisation de sa propre souffrance que sur des principes éthiques, déontologiques, juridiques ou encore scientifiques. «Se montrer fort» relève surtout de la capacité à se porter garant d'un dispositif institutionnel dans lequel les doutes font – d'office – partie du jeu (Stengers, 1995).

Dans ce deuxième cas de figure, entrer sur le registre de sa propre souffrance pour fonder la légitimité de l'aide prodiguée risquerait d'induire un soupçon d'incompétence et de constituer un aveu de faiblesse. Dit autrement, l'expérience de la souffrance d'un professionnel n'est pas aisément mobilisable, ni communicable, dans l'intervention de crise. Elle n'est du moins pas censée constituer le fondement de la légitimité d'un professionnel. L'aide fournie aura par ailleurs tendance à être entièrement dirigée vers une personne clairement désignée comme la personne à aider (la personne

«en crise»). Dans les faits, cette injonction à se montrer fort n'empêche évidemment pas des partages d'émotions et d'expériences; des appréciations personnelles et intuitives sur l'état physique ou psychique d'une personne; l'effacement ou le glissement de compétences professionnelles entre divers intervenants dans certaines circonstances, par exemple entre personnel soignant et policiers au moment de l'entrée d'un patient en milieu psychiatrique (Meyer, Skuza et Utz, 2011).

La troisième figure de l'aidant est celle du proche. Le profil de ce dernier est difficile à établir, car il ne correspond ni à celui d'un professionnel, ni à celui d'un aidant désigné par la collectivité ou à celui de l'aidant autoproclamé, à la suite d'une initiation par exemple. C'est peut-être pour cette raison d'ailleurs qu'il est souvent question d'«aidant naturel» pour évoquer le rôle des proches. Je dirais donc que les proches sont ceux qui restent pris par l'incertitude liée à une situation de crise; les proches aidants sont, quant à eux, ceux qui se sentent concernés par cette incertitude. Le cas échéant, les proches aidants seront rapidement perçus comme détenant un fort potentiel de ressources; il conviendra alors de mobiliser ces ressources, de les exploiter tout en prévenant leur possible épuisement. Dans cette perspective, les proches aidants sont ceux qui doivent à la fois être aidés et aider. C'est ainsi qu'ils deviennent des personnes qui aident à la fois l'aidant désigné et la personne «en crise».

Dans cette perspective, «se montrer fort» pour les proches aidants revient à accepter d'entrer dans le plan de l'aidant désigné ou, mieux, des aidants désignés – bien souvent les divers professionnels dans notre contexte socioculturel, en particulier dans la prise en charge de la maladie psychique – pour relier du mieux possible l'intervention de crise à la réalité de la personne en souffrance, à son quotidien, à son faisceau de relations sociales. Les proches aidants se montreraient forts dès lors qu'ils feraient preuve de leur bonne volonté à devenir ces intermédiaires engagés.

Une ambivalence caractérise néanmoins cette troisième figure de l'aidant à aider. Cette ambivalence pose quelques difficultés. Un professionnel peut en effet passer à côté de l'aide fournie par les proches ou tout simplement ne pas la comprendre, certaines ressources restant insoupçonnées par l'aidant désigné ou inconnues de lui. Dans «Eloge de la faiblesse» (1999) que j'ai déjà cité, Alexandre Jollien fournit divers exemples de ce type; il montre notamment à quel point les éducateurs ne parvenaient parfois pas à comprendre l'aide capitale fournie par ses camarades d'institution dans l'acceptation de la souffrance et dans la reconnaissance des gains effectués en terme d'autonomie face au handicap. Ses camarades apparaissaient dès lors comme les véritables «aidants» contrairement aux «professionnels».

De leur côté, les proches aidants peuvent contester les choix des professionnels: soit parce qu'ils n'acceptent pas le diag-

nostic et le type d'intervention choisi, soit parce qu'ils sont eux-mêmes très bien informés – ils peuvent également être des professionnels – ou croient l'être suffisamment. Ils peuvent dès lors chercher à remettre en cause l'expertise de l'aidant désigné et souhaiter agir de leur propre chef et entraver ainsi la collaboration. Cette troisième figure de l'aide peut encore rester dans l'incapacité d'agir; les proches peuvent être dans l'attente d'être aidés en permanence, tant par les professionnels que par la personne en crise elle-même, ce qui complique bien sûr la situation de crise. Les proches deviennent soit trop aidants, soit trop aidés; ils ne respecteraient plus l'injonction à se montrer assez forts conformément à ce qui est attendu d'eux.

Mutualiser l'aide

La description de ces trois figures de l'aidant est certainement caricaturale. Elle permet néanmoins de mettre le doigt sur un point central de l'aide à prodiguer en situation de crise: le risque de rester prisonnier de cette injonction à se montrer fort correspondante à chacune de ces trois figures. Concrètement, cela se produit quand le sorcier croit littéralement à son pouvoir et s'enferme dans ses intuitions; quand il n'est plus capable de comprendre adéquatement la façon dont la souffrance d'une personne en crise s'inscrit dans une histoire relationnelle et sociale; quand il n'est plus apte à orienter les proches pris par l'incertitude et ne traite plus la crise comme une affaire relationnelle.

Cela se produit quand le professionnel se réfugie dans son expertise institutionnelle; quand il masque sa sensibilité par un savoir biomédical; quand il n'est plus capable d'entendre la souffrance d'autrui et communique en pur technicien de l'aide; quand il néglige l'ambivalence des proches et idéalise leur rôle; quand, sous couvert de sa légitimité institutionnelle ou du mandat qui lui est confié, il ne remet pas en question sa pratique et se refuse d'exploiter ses propres ressources, ses propres angoisses, ses propres expériences de la souffrance et de la crise pour améliorer – quand cela s'avère utile, pensons ici à l'archétype du «guérisseur-blessé» (Chalverat, 2007) – la qualité de sa présence dans l'intervention.

Cela se produit quand les proches cherchent constamment à faire bonne figure face à l'aidant désigné et culpabilisent quand ils estiment ne pas savoir se comporter adéquatement face à la personne en souffrance; quand les proches n'osent pas discuter et critiquer les modèles d'intervention proposés en faisant état de leur connaissance de l'histoire relationnelle de la personne en souffrance; quand les proches, parallèlement, ne parviennent pas à déléguer certaines tâches et ne se perçoivent pas comme des personnes devant aussi être aidées; quand les proches ne se montrent pas suffisamment ambivalents entre prodiguer de l'aide et la recevoir.

Ce risque de rester prisonnier de chacune de ces injonctions à se montrer fort – qui peut évidemment aussi servir à se

protéger – est d’autant plus grand que l’aide se donne dans l’urgence, face à une crise existentielle, lors d’un événement dramatique et incompréhensible qui plonge les différents acteurs dans l’incertitude. Comme l’a décrit l’anthropologue américain Paul Stoller (2004) dans un ouvrage courageux qui revisite ses théories scientifiques sur la sorcellerie qu’il a longuement étudiée au Niger à la lumière de sa propre expérience du cancer, la confrontation avec l’inattendu, le non voulu – en l’occurrence la maladie et je dirais plus globalement la crise – fait s’estomper les différences sociologiques entre aidants et aidés, voire les fait disparaître dans ce laps de temps marqué par l’incertitude. Les rôles d’aidant et d’aidé peuvent alors se brouiller, du moins momentanément. Ils peuvent aussi se superposer, se concurrencer, voire s’opposer, au risque de renforcer la nécessité de répondre trop strictement à l’exigence de se montrer fort conformément à la figure de l’aidant correspondante.

Sur la base de ces quelques réflexions, j’aimerais conclure en signalant toute l’importance de bien reconnaître l’injonction à se montrer fort qui va orienter l’action de chacun d’entre nous – professionnels, proches mais patients également (si je n’ai pas abordé cet aspect ici, je relèverais que ce dernier peut être pensé comme une quatrième figure de l’aidant) – en situation de crise. Si répondre à cette injonction est évidemment fondamental pour assurer une bonne qualité de l’aide, il convient également de savoir s’en détacher au moment

opportun pour améliorer cette même qualité de l’aide. A cet effet, il est utile de bien connaître les limites de son propre investissement dans l’intervention et de trouver les moyens de se former adéquatement en la matière.

Mais cela n’est pas suffisant. Il me paraît tout autant utile de reconnaître et de comprendre les injonctions auxquelles sont soumises les autres figures de l’aidant qui sont potentiellement mobilisées en situation de crise. Il s’agit par conséquent de bien apprécier le dispositif relationnel dans lequel est inscrite la personne en souffrance. Dans cette perspective, ce sont les proches qui ont un rôle déterminant à jouer pour que – au-delà de l’ambivalence qui les caractérise – leurs ressources soient mobilisées adéquatement et pour que l’aide à fournir soit judicieusement mutualisée. Cet aspect a d’ailleurs bien été mis en évidence par Madeleine Pont (2011) en ouverture de ce même congrès l’année dernière; celle-ci a insisté sur la nécessité de trouver les moyens d’inscrire les proches adéquatement dans le tissu relationnel de la personne malade. En un mot, de faire de la maladie mentale et plus globalement de la crise, une affaire collective. En ce sens, le Graap est certainement un peu sorcier!

Références

➤ Marc-Antoine Berthod, «Doutes, croyances et divination. Une anthropologie de la divination et de la voyance», Antipodes, 2007.

➤ Charles Chalverat, «A propos de l'archétype guérisseur/blessé», in «Action et Pensée», Revue de l'institut international de psychanalyse et de psychothérapie Charles Baudouin, p. 47-56, 2007.

➤ Alexandre Jollien, «Eloge de la faiblesse», Cerf, 1999.

➤ Madeleine Pont, «Un proche, c'est quoi?», in «Maladies psychiques: et les proches dans tout ça? Oser en parler!», Actes du Congrès du Graap, 2011, p. 4-8.

➤ Michael Meyer, Krzysztof Skuza et Adrien Utz, «Surveiller et guérir. Pratiques de collaboration entre soignants et policiers dans l'hospitalisation psychiatrique», in «Tsantsa. Revue de la Société suisse d'ethnologie», 16, p. 38-49, 2011.

➤ Isabelle Stengers, «Le médecin et le charlatan», in «Médecins et sorciers», Tobie Nathan et Isabelle Stengers, La Découverte, p. 115-161, 1995.

➤ Paul Stoller, «Stranger in the village of the sick. A memoir of cancer, sorcery and healing », Beacon Press, 2004.

➤ Susan Reynolds Whyte, « Questioning misfortune. The pragmatics of uncertainty in Eastern Uganda », Cambridge University Press, 1997.

23^e CONGRÈS DU GRAAP

CASINO DE MONTBENON - LAUSANNE

MALADIES PSYCHIQUES

LA CRISE



SES DANGERS
SES OPPORTUNITÉS

9 et 10 mai 2012

ACTES DU CONGRÈS

Photographie: Olivier Stegmann, «Das Zelt», Famiglia Dimitri, 2010



graap

fondation
groupe d'accueil et
d'action psychiatrique