

Zeitschrift: Schweizerische Zeitschrift für Soziale Arbeit = Revue suisse de travail social
Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Soziale Arbeit
Band: - (2019)
Heft: 25

Artikel: Choc des savoirs, choc des temporalités, choc des pratiques? : Une mise en perspective philosophique du dispositif de santé mentale contemporain
Autor: Gutknecht, Thierry
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-855355>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 18.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Thierry Gutknecht

Choc des savoirs, choc des temporalités, choc des pratiques ? Une mise en perspective philosophique du dispositif de santé mentale contemporain

Résumé

Nous proposons dans ce texte une mise en perspective du dispositif de santé mentale contemporain et de certains des enjeux qui y sont liés, éthiques, politiques mais aussi sociétaux. Nous cherchons à interroger ce lieu en nous appuyant sur différents penseurs issus de la philosophie – Foucault, Dewey, Rosa, entre autres. Il s'agit avant tout d'une approche philosophique, qui prend pour appui notre propre pratique actuelle de travailleur social en santé mentale. Notre terrain d'enquête est ici notre terrain de praticien, observations et analyses allant de pair avec notre participation en tant qu'acteur au sein d'un dispositif particulier. Nous cherchons donc, depuis l'intérieur même du milieu étudié à penser de manière plus générale le dispositif de santé mentale contemporain.

Mots-clés: Santé mentale, pratiques, savoirs, travail social, philosophie, rapports de pouvoir, accélération sociale, société, modernité

Summary

In this text, we propose to put into perspective the contemporary mental health system and some of the related ethical, political and societal issues. We seek to question this place by relying on different philosophical thinkers – Foucault, Dewey, Rosa, among others. This is primarily a philosophical approach, which supports our own current practice as a mental health social worker. Our field of investigation here is our field of practice, observations and analyses going hand in hand with our participation as an actor within a particular system. We therefore seek, from within the environment studied, to think more generally about the contemporary mental health system.

Keywords: Mental health, practices, knowledge, social work, philosophy, power relations, social acceleration, society, modernity

Cet exercice d'analyse enclenché de l'intérieur même du milieu étudié nous a mené à envisager le dispositif de santé mentale contemporain à partir de la notion de choc, plus précisément de chocs relatifs à différentes dimensions à notre sens significatives – savoirs, temporalités, valeurs, etc. Nous ne postulons pas que de tels chocs sont caractéristiques du dispositif de santé mentale ni inévitables, mais que proposer une telle entrée permet de mettre l'accent sur certains enjeux liés à ce lieu spécifique. En effet, force est de constater non seulement l'importance de l'articulation entre les savoirs distincts que possèdent les acteurs, via le travail pluridisciplinaire et en réseau, mais aussi entre les champs – santé, social, juridique, entre autres –, les temporalités ou encore entre les différentes valeurs au sein du dispositif de santé mentale. Ces multiples articulations vont de soi pour les différent-e-s protagonistes. Elles constituent leur quotidien. Cette quotidienneté peut cependant mener dans le même temps à une occultation de la nécessité de réfléchir sur les modalités et sur les éventuelles tensions qui peuvent apparaître, ou plutôt apparaissent tout autant nécessairement que les rouages de ces articulations sont complexes.

Il nous semble par ailleurs que le contexte actuel de nos sociétés contemporaines, financier, politique, économique mais aussi social et culturel, que certain-e-s décrivent comme un contexte de crise plurielle, nous invite d'autant plus à envisager ces articulations sur le mode du choc ou de la conflictualité, ceci cependant, comme évoqué ci-dessus, dans le but de réfléchir sur les conditions d'un fonctionnement approprié du dispositif en question.

Autrement dit, il s'agit d'introduire de la perplexité dans nos pratiques, afin de permettre d'éclairer des éléments que nous ne voyons pas forcément, à force d'habitude, et qui viendraient entraver le fonctionnement du dispositif. Une telle entreprise philosophique, réalisée depuis l'intérieur même du milieu étudié tout en cherchant à penser de manière plus générale le dispositif de santé mentale contemporain, doit bien entendu être reliée à d'autres approches, scientifiques notamment. La concrétisation d'une pluralité de perspectives doit permettre une lecture suffisamment riche d'un dispositif de santé mentale qui nous révèle sans doute certainement beaucoup du fonctionnement, des valeurs, des choix et des orientations de nos sociétés contemporaines.

Notre analyse se présente de la manière suivante. Nous formulons tout d'abord deux points de départ, qui sont une sorte d'état des lieux du dispositif contemporain de santé mentale. Ensuite, nous proposons deux mises en perspective de ce dernier. La première consiste à formuler

différents chocs possibles en son sein même, plus précisément au sein de certaines de ses dimensions: savoirs, pratiques, champs, valeurs, etc. La seconde cherche à penser ce lieu dans son rapport au phénomène d'accélération, théorisé par Rosa (2012) et qui caractérise nos sociétés occidentales. Nous concluons avec un questionnement sur l'acteur au sein d'un dispositif aussi complexe que celui de la santé mentale, en mobilisant la notion d'enquête.

Deux points de départ

Notre double point départ doit permettre une description et un matériau suffisamment stables mais également suffisamment riches du dispositif et sur lesquels notre mise en perspective peut s'appuyer. Ceci nous permet dans le même temps de préciser ce que nous entendons par dispositif de santé mentale contemporain.

Nous proposons tout d'abord de partir d'une définition de la santé mentale, celle de l'OMS, ainsi que de plusieurs énoncés qui renvoient à des états de faits significatifs liés au dispositif de santé mentale contemporain. Notre second point de départ prend appui sur la notion d'hétérotopie, développée par le philosophe Michel Foucault. Cette notion permet de relever certains éléments d'un tel dispositif qui nous semblent particulièrement révélateurs au vu de notre expérience de professionnel et qui font écho à notre premier point de départ, tout en l'enrichissant.

Une définition et des « énoncés stables »

L'OMS définit la santé mentale de la manière suivante: « *La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté.* » Une telle définition, qui peut être considérée comme référence, est forte d'implication. Il ne s'agit plus uniquement de la simple absence de troubles mentaux, mais de bien-être, de travail, de contribution à la communauté ou encore de la réalisation de l'individu en question.

Par ailleurs, une description minimale du dispositif de santé mentale contemporain peut être fournie, à partir de certains traits suffisamment établis et sur lesquels un accord peut être trouvé. Nous les présentons sous forme de brefs énoncés que nous pourrions qualifier de stables, au nombre de six.

1. Le dispositif de santé mentale propose à ses patient-e-s un modèle bio-psycho-social².
2. Un travail pluridisciplinaire et en réseau y est requis et développé.
3. Les droits du patient, son autonomie et sa participation sont au centre du dispositif de soins.
4. Une présence dans la communauté et dans la société est entreprise (psychiatrie sociale).
5. Les ressources financières nécessaires au dispositif sont plus difficiles d'accès que par le passé.
6. Des mandats de prestations sont négociés pour une période déterminée entre le dispositif de santé mentale et l'État³.

C'est dans un tel cadre et un tel contexte qu'interviennent aujourd'hui par exemple les travailleuses et travailleurs sociaux en santé mentale. Leur principale mission consiste à « soutenir les personnes en situation de souffrance en santé mentale et leurs proches dans l'aménagement d'un contexte de vie favorable à la stabilisation de leur état de santé ». Il s'agit pour ces professionnel-le-s d'accompagner tout en cherchant « en priorité à mobiliser les ressources du patient, de son entourage et des partenaires des réseaux socio-institutionnels et sanitaires » (RFSM, site internet). Nous voyons ici apparaître la dimension sociale du modèle bio-psycho-social mentionné précédemment.

Le dispositif de santé mentale comme hétérotopie

Notre second point de départ s'appuie sur ce que Michel Foucault appelle des hétérotopies (Foucault 2003 ; Gutknecht 2016). Il faut comprendre par ce terme des lieux autres au sein d'une société, qui obéissent à des règles spécifiques et qui sont en relation avec les autres lieux de la société tout en les contredisant, les contestant, les nuancant, etc. Le philosophe français écrit à ce sujet : « Il y a dans toute culture, dans toute civilisation des lieux réels, des lieux effectifs, des lieux qui sont dessinés dans l'institution même de la société, et qui sont des sortes de contre-emplacements, sortes d'utopies effectivement réalisées dans lesquelles les emplacements réels, tous les autres emplacements réels que l'on peut trouver à l'intérieur de la culture sont à la fois représentés, contestés et inversés, des sortes de lieux qui sont hors de tous les lieux, bien que pourtant ils soient effectivement localisables. » Cimetières, bateaux, maisons closes, colonies, villages de vacances, jardins, théâtres, maisons de repos mais aussi prisons et cliniques psychiatriques sont autant d'exemples d'hétérotopies relevés par Foucault. Ce dernier identifie différents principes propres à ces lieux. Nous

en reprenons certains à notre compte pour les appliquer au dispositif de santé mentale. Il s'agit pour nous de relever par ce biais certains traits de ce dernier, mais aussi certains enjeux et points sensibles d'un tel dispositif dans son lien avec la société.

Premièrement, celui-ci diffère à travers l'histoire pour ce qui est de sa fonction au sein de la société. Il n'est en effet plus question aujourd'hui de se limiter à une action sur les troubles psychiatriques, mais également de développer les dimensions de la prévention et la promotion de la santé mentale. La définition de cette dernière de l'OMS, mentionnée ci-dessus, ainsi que l'élargissement du concept « historique » de psychiatrie à celui de santé mentale sont révélateurs de ce changement (*principe de fonctionnalité*). Deuxièmement, le dispositif de santé mentale, comme espace d'action, est un lieu d'articulations particulièrement sensible entre différents champs constitutifs de la société – médical, social, politique, économique, juridique, culturel, symbolique, etc. –, que les acteurs doivent prendre en compte dans leur visée d'amélioration de la santé du ou de la patient-e (*principe de la juxtaposition en un seul lieu réel de plusieurs espaces*). Troisièmement, la temporalité caractéristique du dispositif de santé mentale, qui est celle du soin, se situe dans une sorte de rupture avec celles des autres sphères de la société, économique notamment. Il s'agit pour les professionnel-le-s d'instaurer un rythme adapté aux situations des personnes auprès desquelles elles et ils interviennent – prendre le temps de recouvrer sa santé, ses capacités diverses, son autonomie, etc. (*principe d'hétérochronie*). Quatrièmement, le dispositif de santé mentale possède son propre système d'ouverture et de fermeture. Conditions d'admission, évaluation psychiatrique tout au long du suivi médico-infirmier ou encore acceptation du processus et de la logique des soins font partie d'un tel système et donnent lieu à la possibilité pour un individu d'intégrer le dispositif (*principe d'ouverture et de fermeture*)⁴. Enfin, cinquièmement, le dispositif de santé mentale peut être perçu comme un révélateur de l'illusion qu'a une société de son fonctionnement idéal, tout en fonctionnant lui-même conjointement comme une entité qui a pour visée la recherche à partir de son propre espace d'une certaine perfection de ses outils et de ses prestations (*principe d'illusion et principe de perfection, comme pôles opposés*).

Une telle entrée par l'hétérotopie nous rend sensibles à des éléments particulièrement centraux pour l'analyse d'un dispositif: sa fonction spécifique mais évolutive au sein d'un ensemble plus large, l'articulation entre différents champs d'action, l'articulation entre des temporalités différentes propres à des champs distincts, les conditions d'entrée d'un dis-

positif, les illusions dont une société peut être porteuse ainsi que la question de l'altérité (des espaces *autres*).

Une première mise en perspective : une pluralité des chocs ?

Nous proposons dans cette partie d'utiliser la notion de choc afin de penser le dispositif de santé mentale, ou plus précisément certaines de ses dimensions à notre sens significatives et apparues en filigrane dans notre première partie. Il s'agit des dimensions des savoirs, des pratiques, des champs, des temporalités, des valeurs et des faits, lesquelles impliquent les acteurs du dispositif bien entendu selon différentes modalités.

Chacune de ces dimensions nous semble être caractérisée par une pluralité qui lui est propre. Ces pluralités peuvent parfois s'actualiser au sein du dispositif sous la forme de la tension ou du choc – entre les différents savoirs, entre les différentes temporalités, entre les différentes valeurs, etc. Le choc est à comprendre ici comme un type spécifique de rapport de force parmi d'autres types de rapports de force possibles et pouvant apparaître au travers de chacune des dimensions relevées. Il y a donc possibilité de chocs au sein de toute dimension de n'importe quel dispositif, ceci valant d'autant plus dans le contexte de crise plurielle qui caractérise notre époque.

La notion de pouvoir telle que l'entend Foucault (cité dans Gutknecht 2016, p. 47–53) nous aide à préciser cette question de la possibilité du choc: «Par pouvoir, il me semble qu'il faut comprendre d'abord la multiplicité des rapports de force qui sont immanents au domaine où ils s'exercent, et sont constitutifs de leur organisation. » Pour ce philosophe, le pouvoir doit être entendu fondamentalement comme « action sur une action » ou, plus précisément, en tant qu'action d'un individu (ou groupe d'individus) sur l'action d'un autre individu (ou groupe d'individus). Davantage que de contraindre ou d'interdire, le pouvoir incite, induit, détourne, facilite, rend plus difficile, élargit ou limite. Exercer un pouvoir n'est pas principalement agir négativement mais consiste bien plutôt à orienter un comportement ou influencer l'existence d'une personne, modifier ses représentations, son système de valeurs, etc. Le pouvoir est donc immanent à tous les types de rapports humains – sociaux, économiques, politiques, etc. –, ceux-ci étant toujours caractérisés sans s'y réduire à un jeu d'influence et de résistance entre acteurs. De ce point de vue, le problème posé par le pouvoir se situe non pas dans son existence, mais dans l'exercice abusif qu'on peut en faire, dont la domination serait un exemple. Enfin, le pouvoir s'inscrit non seulement dans un niveau local, mais aussi dans un niveau global, les relations de pouvoir étant alors à comprendre comme des

phénomènes d'ensemble dans lesquels les stratégies de différents groupes d'acteurs viennent se croiser mais aussi s'opposer.

Dans une telle optique, parler de choc consiste à envisager un certain type de rapport de force ou de pouvoir relatif à une dimension spécifique d'un dispositif, dont l'intensité s'avère particulièrement élevée et qui est l'expression d'enjeux à leur tour conséquents pour certains acteurs ou groupes d'acteurs du dispositif en question. L'enjeu d'une réflexion à partir de la notion de choc consiste dans la manière dont la pluralité constitutive des différentes dimensions peut être travaillée de manière suffisante par le dispositif lui-même mais aussi par la collectivité – pluralité des savoirs, pluralité des temporalités, pluralités des valeurs, etc.

Choc des savoirs et des pratiques ?

Une première dimension significative du dispositif contemporain de santé mentale est celle des savoirs. D'une certaine manière, un savoir ne pose pas de problème en soi. Il en va par contre autrement pour ce qui est de son application, auprès d'individus notamment. En effet, les différents acteurs, dans le cadre de leur pratique, s'appuient sur des savoirs, compris au sens large – théories, concepts, catégories entre autres. Comme le relève Foucault, ces savoirs ont des effets sur les individus auxquels ils s'appliquent et dans leur quotidien, des « effets de vérité ». Il faut entendre par là qu'une existence, en l'occurrence celle de la personne qui fait l'objet de l'intervention, peut prendre une orientation et un contenu particuliers à partir d'un savoir qui justifie certaines décisions et actions des professionnel-le-s. Un tel aspect est particulièrement sensible dans le champ de la santé mentale. Il y a donc une relation significative entre savoir et pouvoir, celui-ci étant à comprendre comme une « action sur l'action d'autrui ».

Ces savoirs au sein d'un dispositif de santé mentale sont portés par différents types d'acteurs et peuvent être catégorisés de différentes manières :

- › Par discipline: savoirs de la psychiatrie, de la psychologie, des soins infirmiers, du travail social, des thérapies spécialisées, etc.
- › Interne à une discipline, la psychiatrie, par exemple : savoirs d'orientation systémique, psychodynamique, cognitivo-comportementale, etc.
- › Par institution: savoirs privilégiés par une institution, s'appuyant sur tel ou tel courant.
- › Par type de personnes: savoirs des professionnel-le-s, patient-e-s, membres de famille, proches, pair-es praticien-nes, etc.

Nous voyons ici la pluralité tant des différents savoirs que des acteurs qui en sont les porteurs. Ces savoirs sont hétérogènes, non unifiés mais aussi de plus en plus complexes et, autant qu'ils sont, pour partie incertains et fragiles. Par ailleurs, les pratiques pluridisciplinaires et le travail en réseau, qui ont pour socle cette pluralité des connaissances, peuvent être compris comme un jeu d'influences, et donc de pouvoir au sens où Foucault l'entend, mais aussi de complexification, d'apport et d'enrichissement réciproques qui doit permettre une intervention la plus adéquate possible auprès du ou de la patient-e. L'un des enjeux se situe alors autour d'une articulation et d'une mise en commun suffisantes des connaissances. Autrement dit, une tâche essentielle consiste à identifier collectivement les conditions de possibilités d'un travail en réseau au sein duquel la pertinence de chacun des savoirs peut être ressortie et mise au bénéfice de la patientèle.

Choc des champs ?

Le dispositif de santé mentale est un lieu non seulement de pratiques de soins, mais aussi législatives, politiques, juridiques, citoyennes, culturelles, éducatives ou encore sécuritaires. Ces différentes pratiques sont le fait d'acteurs qui sont eux-mêmes issus de champs différents.

Nous comprenons ce terme de champ à la suite de Bourdieu comme un microcosme social relativement autonome à l'intérieur du macrocosme social qu'est la société (Braz 2013, p. 57–73). Chaque champ – santé, économie, politique, social, culturel, etc. – est régi par des normes qui lui sont propres et se caractérise par la poursuite d'une fin spécifique. Un champ est aussi un espace de conflits et de concurrences entre les différents groupes d'acteurs qui le constituent – pour le contrôle dudit champ, le choix des orientations et des missions, etc. –, tout en se situant lui-même dans un rapport de force avec les autres champs constitutifs du macrocosme social, notamment pour la préservation de son autonomie, quoique toujours partielle. Les sociétés contemporaines se caractérisent par une multiplication des champs ainsi que par un processus d'autonomisation de ces derniers visant à éviter une concentration des pouvoirs synonyme d'impositions de l'extérieur de principes et de finalités.

Si l'on se penche sur le dispositif de santé mentale contemporain, on s'aperçoit que de nombreux champs le traversent – santé, social, administratif, juridique, politique, économique, culturel, etc. –, dont les finalités sont différentes et parfois contradictoires. D'où des points de tensions possibles entre ces champs lors de situations particulièrement sensibles. Nous nous limitons ici à quelques exemples⁵:

- › *Champ médical-infirmier et champ éducatif*, concernant la lecture et la compréhension de la situation d'une personne résidant au sein d'une institution spécialisée et bénéficiant de soins hospitaliers durant une période déterminée.
- › *Champ médical-social et champ juridique*, concernant la pertinence d'imposer à une personne une mesure civile, telle qu'une curatelle de portée générale, une décision de placement en institution, etc.
- › *Champ médical-social et champ politique-juridique*, concernant une personne en besoin de soins, sans statut légal et dont la décision de renvoi donnera lieu à une baisse de la qualité des soins fournis par le pays dans lequel elle va être renvoyée.
- › *Champ institutionnel et champ médiatique*, concernant la mise en visibilité et en lisibilité du dispositif de santé mentale, notamment à la suite d'événements particulièrement sensibles.

Comme relevé précédemment, nous pouvons constater une multiplication des champs au sein de nos sociétés contemporaines. Chacun de ceux-ci cherche à maintenir son degré d'autonomie voire à l'amplifier, ainsi qu'à actualiser dans le cadre de situations spécifiques ses propres fins. Ces situations étant elles-mêmes le plus souvent le lieu de rencontre entre différents champs, des points de friction, voire des chocs sont possibles. Nous retrouvons ici ce jeu d'influences et de rapports de force, qu'il ne s'agit pas d'annuler mais de tenir dans une certaine mesure. L'un des enjeux se situe autour des conditions de possibilités d'une articulation et d'un travail en commun suffisamment réfléchis entre ces différents champs, impliquant des discussions, des compréhensions et des débats autour des désaccords entre les différents acteurs, et donnant lieu au final à des actions à leur tour suffisamment réfléchies, tout en considérant les finalités différentes, parfois contradictoires qui sont en jeu.

Choc des temporalités ?

La troisième dimension est celle de la temporalité. Nous l'avons relevé dans notre première partie, la temporalité caractéristique d'un dispositif de santé mentale est celle du soin. D'autres temporalités sont bien entendu constitutives de ce lieu et chacune est reliée à un ou plusieurs champs, lesquels, comme relevé ci-dessus, traversent en quelque sorte le dispositif.

- › *Temporalités du soin* : rétablissement, crise, fin de vie, etc. (champ médico-infirmier)

- › *Temporalités de l'action sociale*: intervention sociale, accompagnement social, élaboration d'un projet de lieu de vie d'une personne hospitalisée, etc. (champ social)
- › *Temporalité de la prise de décision d'une mesure administrative* concernant une personne bénéficiant de soins psychiatriques (champ administratif-judiciaire)
- › *Temporalité de la concrétisation du renvoi dans son pays d'origine* d'un·e patient·e requérant·e d'asile débouté·e (champ politique-judiciaire)
- › *Temporalité de l'investissement, de l'acquisition et du financement* de nouveaux outils et prestations (champ administratif-stratégique)
- › *Temporalité de la réflexivité des professionnel·le·s*, dans le cadre de leurs pratiques (différents champs).

Loin d'être exhaustive, cette liste des temporalités constitutives du dispositif de santé mentale permet cependant de pointer leur pluralité, la complexité de leur articulation et les risques de friction qui s'en suivent. Là encore, il s'agit pour les acteurs pris dans ces différentes temporalités non seulement d'en être conscients mais également d'être sensibles et attentifs à la manière dont ils s'y rapportent, de ne pas se soumettre à certaines au détriment d'autres, mais au contraire de les réfléchir individuellement et collectivement sur un mode critique, de manière à se les approprier autant que possible, quitte à chercher à les infléchir et à les recomposer quand cela semble opportun. Bref, l'enjeu se situe dans la possibilité de leur explicitation et surtout de leur problématisation.

Choc des faits et des valeurs ?

Les deux dernières dimensions qui nous semblent significatives sont celles des faits et des valeurs. Dans un texte autour de la crise environnementale, le sociologue des sciences Bruno Latour relève que la discussion collective à avoir, et à reprendre en permanence, porte désormais non seulement sur les valeurs, mais également sur les faits que l'on estime nécessaires de considérer comme déterminants (Latour 1997). Nous serions en effet, pour reprendre l'expression du sociologue, non seulement face à une crise des valeurs, mais aussi face à une crise des faits, ce qui exige de nous de tenir ensemble cette double interrogation.

Cette question des faits que l'on décide de prendre en compte et du poids que l'on entend leur donner dans un contexte spécifique est intéressante à mettre en regard de la pratique en santé mentale. Les questions

à poser pourraient alors être les suivantes: dans le cadre de l'analyse de la situation d'un·e patient·e en santé mentale, quels faits considère-t-on, quel poids donne-t-on à tel ou tel fait, certains sont-ils mis de côté? Un point nous semble essentiel à relever ici. La pratique clinique pluridisciplinaire est logiquement centrée sur les faits en lien avec le comportement de la personne – traits et actions de la personne, conséquences de ses actes, entre autres. Elle considère également les faits liés à sa propre histoire, de même que ceux qui se rapportent à son environnement social proche (lieu de vie, travail, liens sociaux, etc.). Cependant, une autre catégorie de faits s'inscrit plus difficilement dans le cadre de la lecture des professionnel·le·s, du moins pas sous cette forme. Il s'agit de la catégorie que l'on pourrait appeler *faits de société*: parcours migratoire forcé, chômage de longue durée, *working poor*, situation de sans domicile fixe en sont des exemples-types. Par exemple, un·e patient·e d'origine étrangère peut avoir un parcours migratoire forcé. Un tel parcours est pris en compte par les professionnel·le·s en tant que fait relié à sa propre histoire et uniquement comme tel. Mais son parcours peut aussi être relié à un fait de société, le reliant cette fois-ci à d'autres parcours similaires, en lien avec la question de l'asile mais pas uniquement. Cette distinction paraît anodine, ce d'autant plus qu'elle n'a aucun effet direct dans la pratique du ou de la professionnel·le dans son lien avec le ou la patient·e. Cependant, prendre en compte ce genre de faits, y être sensible et attentif ou attentive peut avoir deux effets à nos yeux essentiels : tout d'abord, une telle considération peut donner lieu à un regard différent du ou de la professionnel·le sur la personne en question, amenant de la complexité dans la compréhension de sa situation, voire de la perplexité; ensuite, elle permet d'introduire une dimension davantage sociétale, politique et citoyenne dans la pratique du ou de la professionnel·le. Mettre au centre de tels faits peut alors être compris comme le développement d'une approche bio-psycho-socio-*politique* de la situation d'un·e patient·e.

Ceci nous renvoie à notre dernière dimension, celle des valeurs. Latour est également intéressant à ce sujet. Dans les années 1970, il relevait l'importance pour les chercheur·e·s d'aller au plus près des différents acteurs pour entreprendre l'analyse d'un champ de pratiques. Il insistait sur la centralité du réseau, autant pour les professionnel·le·s qui doivent faire face et intervenir dans des situations que pour les chercheur·e·s qui veulent étudier leurs pratiques. Le réseau consiste selon lui dans la mobilisation d'acteurs face à une situation dans le but d'agir de la manière la plus appropriée possible. Ces acteurs, d'horizons parfois très différents et mobilisant un nombre tout à fait conséquent de champs se retrouvent mal-

gré cette diversité autour de certaines valeurs. Le sociologue relève alors l'importance pour les chercheur·e·s d'identifier quelles valeurs donnent la tonalité propre au réseau en question (Latour 2012).

La question posée ici est celle des valeurs qu'un ensemble d'acteurs est prêt à mettre collectivement en avant et au prix d'une discussion collective – lesquelles décide-t-on de privilégier par rapport à d'autres, dans une situation donnée mais aussi d'une manière plus générale? Latour (1997, p. 101) parle de « ces fameuses valeurs toujours discutables sur lesquelles il nous faut à tout prix parvenir à nous accorder ». Ici également, nous retrouvons cette question du pouvoir, du rapport de forces qui doit au final donner lieu à des accords, sur les valeurs notamment. Le dispositif de santé mentale ne fait pas exception, où il s'agit de s'accorder sur celles-ci, de les hiérarchiser en situation, mais aussi et surtout de leur donner un contenu sur lequel on s'accorde à son tour, sous peine de rester dans un flou porté par la seule apparence des mots – qu'entend-on par dignité, par autonomie, par justice, par qualité de vie?

Une seconde mise en perspective – Accélération et dispositif de santé mentale

Notre seconde mise en perspective prend pour appui le philosophe Rosa (2012) et son concept d'accélération sociale. Nous relions dans un premier temps cette question de l'accélération avec les différentes dimensions présentées précédemment. L'idée est de chercher à saisir en quoi cette caractéristique de nos sociétés contemporaines influe sur le fonctionnement du dispositif de santé mentale et quels problèmes se posent, nouveaux ou amplifiés par ce phénomène. Dans un second temps, nous cherchons à situer le dispositif de santé mentale contemporain en tant qu'élément dans un ensemble à la fois plus large et qui a sa propre histoire. L'idée ici est de souligner le fait que l'on ne peut penser un dispositif, quel qu'il soit, sans le considérer dans une perspective temporelle suffisamment longue, ni sans considérer l'évolution de l'ensemble de la société.

L'accélération sociale comme vecteur de perturbation du dispositif de santé mentale?

Rosa analyse l'accélération sociale comme un phénomène structurel significatif de nos sociétés contemporaines. Cette « force normative silencieuse » prend trois formes: la technique, le changement social et les rythmes de vie. Elle s'impose massivement aux individus, transforme leur rapport au monde et détermine la qualité de leur vie. Rosa précise que, pris dans cette triple accélération et dans une société pourtant libérale, les individus ne parviennent pas à vivre selon leur désir et sont menés à se conformer à des

normes, temporelles notamment. Le philosophe allemand parle d'aliénation, à comprendre comme le fait de « ne pas vraiment vouloir faire ce que l'on fait » (Rosa 2012, p. 123). Ces trois formes de l'accélération ont donc des effets sur les individus et possiblement sur leur santé mentale. Elles peuvent donner lieu à des souffrances et des pathologies sociales. Rosa établit en effet un lien fort entre accélération sociale, santé et pathologies sociales et mentales (Rosa 2012).

La question essentielle posée ici est celle du sens, individuel mais également collectif, qui peut être relié à un tel phénomène structurel – où va-t-on, pour quoi, au travers de quelles valeurs ? Concernant le dispositif de santé mentale en tant que tel, il est intéressant de penser les différentes dimensions relevées précédemment à partir de cette question de l'accélération. Tout d'abord, ce phénomène d'accélération sociale doit être réfléchi au regard de la centralité de la pratique du travail pluridisciplinaire et en réseau au sein du dispositif, synonyme d'une mobilisation conséquente des différents acteurs et de leurs savoirs, de plus en plus nombreux. Une telle pratique implique une temporalité spécifique, qui intègre les temporalités des acteurs concernés, parfois très différentes, ainsi que des rapports de pouvoir et d'influence entre ceux-ci ; ceci dans un contexte de diminution des ressources matérielles, d'incertitudes liées au renouvellement des mandats de prestations avec les différents organes financeurs, d'un manque parfois conséquent de temps, d'une complexification des parcours des patient-e-s, d'une considération de leurs droits et de leur autonomie, d'un processus de standardisation des pratiques mais aussi d'une attention particulièrement accentuée de la part de la population concernant la sécurité et la gestion des risques. On voit au regard de ces éléments que l'accélération sociale fait partie d'un tout, en tant qu'élément qui vient influencer de manière significative – sur le mode de l'amplification mais aussi de la perturbation – la pratique des acteurs en santé mentale, pouvant générer des tensions et des dilemmes significatifs.

La dimension des champs est également interrogée par ce phénomène d'accélération : en quoi l'articulation de ceux-ci, à leur tour de plus en plus nombreux et revendiquant chacun une autonomie suffisante, si l'on suit Bourdieu, peut être mise à mal par ce phénomène ? Autrement dit, les différents champs sont-ils affectés par les trois formes d'accélération que sont les techniques, les changements sociaux et les rythmes de vie, au point que les processus de collaboration entre leurs acteurs, qui à leur tour exigent une temporalité spécifique pour être efficaces, sont rendus difficiles, ici encore en lien avec une diminution parfois conséquente des moyens

à disposition? De même, une telle interrogation nous renvoie à une autre dimension évoquée, celle des temporalités, et à la question de l'accélération comme régime temporel central qui viendrait mettre à mal les temporalités existantes au sein du dispositif de santé mentale – du soin et du rétablissement, du projet et de l'accompagnement social, de la convivialité, de la réflexivité, de la prudence, etc.

Plus largement, c'est aussi la question de l'accélération comme fait massif ainsi que comme possible valeur centrale de nos sociétés qui est posée. Le dispositif de santé mentale viendrait alors recueillir certains effets de cette accélération. Conjointement, celle-ci empêcherait au sein du dispositif même la mise en avant de certains types de faits – en tant que mise en avant critique de l'état et de l'évolution de nos sociétés – et, dans un même mouvement critique, nous détournerait d'une réflexion sur les valeurs de ces dernières, rendant difficile de poser la question de la finalité et du sens de nos sociétés.

Accélération, sens et modernité

Le dispositif de santé mentale est aux prises avec certaines logiques et orientations sociétales. L'accélération sociale comme phénomène structurel est sans doute un paramètre central à prendre en compte. D'autres traits sont mis en avant par différent·e·s auteur·e·s, relevant l'importance de penser le temps long de nos sociétés et certains enjeux particulièrement sensibles aujourd'hui. Dardot et Laval parlent d'une société néolibérale au sein de laquelle le « gouvernement entrepreneurial » et le modèle du marché valent désormais comme référence universelle et dont les normes que sont la concurrence, la compétition et la performance ne laissent intactes aucune sphère de l'existence humaine (Dardot / Laval 2012). Castoriadis, de son côté, identifie une « poussée vers l'extension illimitée de la maîtrise rationnelle » qui serait le propre des sociétés occidentales contemporaines et du système capitaliste qui les caractérise (Gutknecht 2011, p. 82–83). Mais aussi, apparaît aujourd'hui dans nos sociétés et dans toute son acuité une interrogation essentielle autour du sens – individuel comme collectif. Une telle interrogation nous enjoint à nous situer collectivement par rapport à notre propre histoire et à penser les traits qui sont le propre de notre modernité ainsi que de ce que l'on nomme postmodernité. Mise en question radicale de nos certitudes et de nos savoirs, entreprise de maîtrise rationnelle de notre environnement, conquête par l'individu de son autonomie, valorisation de la personne, fin de l'idée de progrès, de récit collectif ainsi que de la possibilité d'un savoir certain et définitif sont autant d'élé-

ments parmi d'autres qui montrent le chemin parcouru par nos sociétés et l'exigence qu'il y a de les réfléchir et par là même de penser notre époque et notre présent. L'un des enjeux se situe peut-être dans notre capacité à sortir de ce que Hartog appelle le présentisme, ce régime temporel qui semble être devenu le nôtre depuis que le progrès a fini d'être notre horizon temporel, cédant la place à un présent pour ainsi dire omniprésent (Hartog 2003).

Une réflexion sur le dispositif de santé mentale contemporain gagne sans doute à être inscrite dans une telle perspective. Elle permet d'identifier sur un mode critique certains effets des choix et orientations de nos sociétés occidentales. Nous voyons ici l'importance qu'il y a à faire entrer, plus encore que cela ne se fait aujourd'hui, les sciences humaines et la philosophie dans de tels lieux – dispositifs de santé mentale, mais aussi carcéraux, de protection de la jeunesse, d'accueil de migrants, etc., dans le but de multiplier du dedans et du dehors les perspectives et les regards sur des situations-limites propres à nos sociétés.

Conclusion

De nombreuses incertitudes sont vécues désormais par les professionnel·le·s du domaine de la santé mentale. Certaines sont liées au contexte politique, financier ou économique, à l'accélération générale et aux finalités des sociétés contemporaines, ou encore à la difficulté d'une considération suffisante et adéquate du savoir propre à chaque professionnel·le dans une logique pluridisciplinaire. La question qui se pose ici est de savoir comment, face à ce manque de certitudes, il devient possible non pas de s'en retrouver pétri·e·s – en rigidifiant ses propres savoirs, ses positions et ses types d'intervention – mais au contraire d'arriver à réfléchir et à travailler de manière suffisante la pluralité constitutive des différentes dimensions du dispositif.

Le philosophe américain Dewey propose une approche radicale d'une telle visée, qu'il nomme enquête (Dewey 1993). Radical est à comprendre ici au sens où cette dernière est sans doute éloignée des pratiques actuelles. En effet, face à un problème auxquels sont confrontés des individus – professionnel·le·s, citoyen·ne·s, etc. –, il s'agit de l'explorer *collectivement* de manière à y répondre *collectivement*. Cette théorie de l'enquête permet aux acteurs, face à une situation incertaine, instable, douteuse dans laquelle ils sont impliqués, de l'aborder par l'observation, la problématisation, la formulation d'hypothèses, l'expérimentation, la responsabilisation, ainsi que par la référence à leur propre expérience. Cette entreprise engage une autre temporalité, une mobilisation exigeante des différents savoirs et champs, une reprise critique des pratiques, une mise en avant des faits

significatifs aux yeux de l'ensemble des acteurs et un accord à établir sur les valeurs auxquels ils tiennent collectivement. Nous voyons ici que les différentes dimensions relevées dans notre analyse sont en quelque sorte reprises à nouveaux frais face à une situation singulière, que Dewey appelle « un tout contextuel ».

Pour terminer, il s'agit peut-être de tenir ensemble deux plans ou deux types d'enquête au sein du dispositif. Le premier, institutionnel, consiste à investiguer l'institution et les problèmes auxquels ses acteurs sont confrontés. Nous avons là un acteur en santé mentale qui prend la forme d'un-e professionnel-le-enquêteur ou -enquêtrice qui se mêle à d'autres au sein de l'institution. Le second plan est sociétal. Il implique d'investiguer la société à partir de problèmes concrets liés au fonctionnement et à l'évolution de celle-ci et qui peuvent être identifiés depuis ce lieu qu'est le dispositif. L'acteur en santé mentale est alors à comprendre non seulement comme un-e professionnel-le mais également comme citoyen-ne-enquêteur ou -enquêtrice. Ces deux plans, enchevêtrés, permettent de problématiser le dispositif en tant que partie de la société, mais aussi de problématiser la société, comme ensemble de dispositifs concrets, tout en s'articulant à d'autres types d'enquêtes issus d'autres lieux. Enquêter, au sens fort du terme et dans une telle perspective radicale, devient alors l'affaire de toutes et tous.

Références bibliographiques

- Braz, Adelino (2013). *Apprendre à philosopher avec Bourdieu*. Paris: Ellipses.
- Dardot, Pierre & Laval, Christian (2012). *La nouvelle raison du monde. Essai sur la société néolibérale*. Paris: La Découverte.
- Dewey, John (1993). *Logique. La théorie de l'enquête*. Paris: PUF.
- Foucault, Michel (2003). *Le corps utopique. Les hétérotopies*. Paris: Lignes.
- Gutknecht, Thierry (2011). Penser le travail social avec Castoriadis. In: Marie-Claire Caloz-Tschopp (Éd.), *Résister dans le travail de service public. Colère, courage et création politique*. Paris: L'Harmattan, p. 63–87.
- Gutknecht, Thierry (2016). *Actualité de Foucault. Une problématisation du travail social*. Genève: Editions ies.
- Hartog, François (2003). *Régimes d'historicité. Présentisme et expérience du temps*. Paris: Le Seuil.
- Latour, Bruno (1997). Crise des valeurs? Non, crise des faits! In: *Actes du colloque Ethique et Environnement*. Paris: La Documentation Française, p. 95–104.
- Latour, Bruno (2012). *Enquête sur les modes d'existence. Une anthropologie des Modernes*. Paris: La Découverte.
- Réseau fribourgeois de santé mentale. *Rapport annuel 2017*. https://www.fr.ch/sites/default/files/contens/rfsm/_www/files/pdf99/ra_rfsm_2017_web.pdf.
- Rosa, Hartmut (2012). *Aliénation et accélération. Vers une théorie critique de la modernité tardive*. Paris: La Découverte.

Annotations

- 1 Cette démarche fait écho dans une certaine mesure à ce que l'on appelle en sociologie l'observation participante. Celle-ci permet de faire apparaître des aspects de la réalité sociale difficilement accessibles par le biais d'autres types d'approche, quantitatives notamment. Notre approche philosophique part en effet de notre pratique de travailleur social au sein d'un dispositif de santé mentale particulier, celui du canton de Fribourg. Nous cherchons à le mettre en perspective à partir d'éléments philosophiques, tout en partant de l'idée qu'un tel exercice nous dit quelque chose de significatif de ce que nous appelons ici le dispositif de santé mentale contemporain.
- 2 Plus précisément, comme le relève le Comité de la santé mentale du Québec, il s'agit de considérer les interactions entre des facteurs de trois ordres, « des facteurs biologiques, relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques de la personne, des facteurs psychologiques, liés aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels, et des facteurs contextuels, qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement ».
- 3 À ce sujet, concernant les six points relevés et, plus précisément, la philosophie de soins, le renforcement de la collaboration avec l'ensemble des intervenant·e·s, la recherche d'autonomie du patient et de la patiente, une relation construite sur le dialogue participatif, la décision partagée, une action au plus près du cadre de vie du patient et de la patiente, les enjeux autour du financement des structures hospitalières, des mandats de prestations et autour du maintien du personnel, nous renvoyons le lecteur et la lectrice au site internet du Réseau fribourgeois de santé mentale (*Une nouvelle philosophie de soins, entre autres*) ainsi qu'à son rapport annuel 2017 (pp. 7–11, entre autres).
- 4 La spécificité ici tient dans le fait que le dispositif s'ouvre malgré tout pour une personne qui doit intégrer le dispositif contre son gré, dans le cadre notamment d'une obligation de soins ou d'une privation de liberté à des fins d'assistance. Le système d'ouverture a dans ce cas pour critère non pas l'accord de la personne en question, mais la décision officielle d'une instance étatique, la Justice de paix dans le cas du canton de Fribourg.
- 5 Il s'agit d'exemples de situations qui *peuvent* donner lieu à des tensions. Aucune systématisme, donc, lorsque de telles situations apparaissent. Conjointement, il ne faut pas oublier ni négliger le fait que chaque champ est lui-même traversé par des tensions entre groupes d'individus aux positions et avis différents quant à une situation, à sa lecture et à la décision à prendre.