

*Santé – social*

*Pour une poétique de la connivence*

Conclusion au colloque « les artisans du prendre soin »  
organisé par Grenoble-Alpes Métropole et le Relais Ozanam les 5-6 octobre 2017

Marc Uhry  
marc.uhry@gmail.com

## Sur la pointe des pieds...

Ces quelques feuillets reprennent la conclusion orale de la belle rencontre deux deux jours entre professionnels de la santé et de l'action sociale. Une conclusion écrite, remaniée, plus posée, diraient sans doute les travailleurs sociaux ; une conclusion *stabilisée*, corrigerait peut-être le personnel hospitalier...

C'est l'usage et la moindre des politesse que de rendre grâce à la richesse des échanges et à la qualité des exposés, pour tout colloque. Mais en l'espèce, tous les acteurs présents ont senti un frisson particulier, ces deux jours. Les organisateurs avaient mobilisé des expériences novatrices, appétissantes, dont l'évocation prophétisait quelques solutions, quelques soulagements. Des témoignages qui s'annonçaient comme le viagra de nos impuissances professionnelles, travaillés selon des modes variés. Des journées rythmées par un dialogue entre la connaissance, l'effort de pensée, les présentations d'expériences collectives et des perceptions sensibles. Je griffonnais compulsivement des notes, en vue d'une conclusion, que je devinais de plus en plus difficile à structurer, de plus en plus difficile à accorder à ce moment suspendu, que les témoins pourront m'autoriser à qualifier d'exceptionnel. J'étais assis à côté de Francis Silvente, le Directeur du Relais Ozanam et à chaque intervention, à chaque présentation, nous répétions comme des bisounours sous ecstacy : « *ah, il est bien celui-là. Ah, elle est forte celle-là. Géniale, cette expérience...* »

Deux jours au cours desquels des acteurs qui se connaissaient parfois mal ont exprimé de l'appétit les uns pour les autres, se sont écoutés avec attention, mais sans avidité. Deux jours qui, au-delà de tout contenu, ont été traversés par cette qualité rare de relation collective, particulièrement dans l'enceinte professionnelle : la délicatesse.

Je ne saurai pas à l'écrit plus qu'à l'oral rendre la poétique de ce temps collectif, mais j'emploie ce terme de *poétique* à dessein, pour l'opposer à celui de *romanesque*.

Le romanesque consiste à insister sur les traits saillants d'une personne, pour en faire un personnage, au service d'un récit fictionnel. C'est parfois l'écueil du travail avec les personnes en situation de précarité, réduite à leurs stigmates, par manque de temps ou en raison du caractère spectaculaire et exotique de leurs parcours. Le romanesque envahit parfois aussi le champ partenarial, par méconnaissance des champs professionnels voisins, réduits aux aspérités épineuses de leur activité, celles qui nous posent problème. Alors on s'en fait un récit, une fiction. Il faut vivre et cohabiter avec les monstres chimériques que nous avons revêtu d'une étoffe faite d'ombres et d'échos ; des caricatures de médecins et des stéréotypes d'éducateurs.

A l'inverse, la poétique<sup>1</sup> est un effort pour approcher la vérité en admettant le mystère de l'autre, en admettant l'absence de signification du cosmos, en reconnaissant l'incapacité pour toute forme narrative de rendre compte du réel. La poétique est une manière d'aller vers l'autre, sur la pointe des pieds, sans le surexposer à notre propre lumière.

C'est pour tenir de manière continue ce mantra poétique, que je l'ai épinglé au fronton de ma conclusion, avec hélas la pleine conscience d'être incapable d'en respecter la subtilité dans les pages qui suivent.

---

1 En référence à Gaston Bachelard et sa [\*Poétique de l'Espace\*](#). La poésie est un genre littéraire, la poétique est un rapport au monde.

## FRONTIERES

### Les faux-monnayeurs de compétences

La première intervention d'Olivier Daviet, cheville ouvrière de ce colloque et psychologue du Relais Ozanam, a ciblé la relation différente que les professionnels de la santé et du social entretiennent à l'impuissance. Cette importance de *l'impuissance*, qui serait le marqueur de la différence, en dit long sur sa sublimation obsessionnelle de l'angoisse de castration.

Voilà exactement ce qu'il serait de bon aloi d'éviter : me saisir du vocabulaire d'un secteur professionnel dont j'ignore tout, pour l'incorporer dans mon champ de légitimité. Je ne suis pas psychologue, je viens du secteur social. Nous utilisons tous des mots et exprimons des points de vue, accoudés au zinc de notre bistrot de prédilection, heureusement qu'il n'est pas besoin d'être un savant estampillé par l'université pour se permettre de penser le monde. Mais ici, nous sommes au boulot : si j'ai la parole, c'est au titre d'une légitimité, dont ne fait pas partie le vocabulaire des psychologues. Je ne sais pas ce que signifie sublimation, je ne sais pas ce qu'est une obsession, ni une angoisse de castration. Je ne fais pas parti du périmètre professionnel de ceux qui partagent une définition commune de ces mots. Nous ne sommes pas experts en tout, au motif que nous disposons d'un champ d'expertise ; ce n'est vrai que pour les experts télévisuels.

Après deux jours, d'apologie du décroisement, des croisements et de la porosité, il me paraît utile d'inviter à travailler à composer ces élans d'ouverture avec la nécessité de maintenir des champs identifiés.

Nous sommes à une place, au nom de compétences particulières. S'investir dans la coopération entre le secteur du social et de la santé ne doit pas être l'occasion d'endosser des savoir que nous n'avons pas, au risque de devenir des faux-monnayeurs de compétences, dont nos commanditaires comme les utilisateurs de nos services risquent de nous demander de rendre compte, un jour où l'autre. La semaine dernière, dans le Nord, une assistante sociale réputée pour sa grande humanité, écoutée pour sa qualité professionnelle, expliquait dans son réseau professionnel que monsieur K. est un malade mental et déconseillait à ce titre aux structures sociales de travailler avec lui. A l'appui de cette assertion, elle expliquait qu'il avait eu un épisode violent dans le service qu'elle dirige, suite à un dysfonctionnement de ce service. Cette assistante sociale travaille depuis longtemps avec des acteurs de la psychiatrie, mais est-ce suffisant pour lui permettre de poser un diagnostic sur une pathologie mentale ? En l'espèce, si la violence était un symptôme de maladie, toutes les bastons de fin de bal, les militaires, les fans de catch seraient inscrits sur les listes d'attente de l'hôpital psychiatrique (ce qui ne serait peut-être finalement pas très grave, compte tenu de ce que nous venons d'apprendre : 7 postes non pourvus à l'hôpital de Saint-Egrève et 30 % du personnel de la psychiatrie en France, qui n'est pas statutaire...)

Cet exemple montre que, si les cloisons rigides ne sont pas souhaitables, l'effacement des frontières doit également s'aborder avec précaution.

### L'identité nécessaire

Nous avons besoin d'une identité professionnelle. La souplesse, l'interdisciplinarité, la capacité d'adaptation sont des muscles précieux, nécessaires au fonctionnement, mais qui ne peuvent fonctionner qu'accrochés à un squelette, à un cœur de métier. Le mot métier vient du latin *ministerium*, ministère. C'est le même terme qui désigne l'identité professionnelle, la vocation ecclésiastique et l'empire sur un domaine d'activité publique. Un métier, ce sont des compétences, au service d'une vocation et qui permettent d'assurer une emprise sur le réel. Et ces métiers ont besoin de frontières, parce que l'extérieur contribue à nous définir. En mathématique, en logique, il est impossible de définir un ensemble à partir uniquement de ses éléments, il faut au moins un

élément extérieur. *Nous* n'est possible à penser qu'à partir du moment où l'on identifie un *eux*. Nos différences professionnelles nous aident à construire nos identités.

Reste à déterminer qui définit le métier. Certainement pas la commande publique, qui fournit le cadre de l'intervention. C'est une de ses tentations, pourtant, mais c'est une nécrose. A confondre le cadre et le métier, le métier finit par se résumer au cadre, au respect des procédures. C'est sans doute un des points communs entre la santé et le social : un cadre qui entre trop dans les métiers, à travers les procédures, et des métiers qui perdent du sens en se mécanisant.

Ce n'est pas non plus les organismes de formation qui définissent le métier. Ils délivrent des certificats de compétences, 143 pour le seul champ du social, qui évidemment ne recouvrent pas autant de métiers différents.

Finalement, un métier n'est défini par personne. C'est la rencontre entre le cadre de la commande, la vocation de l'employeur, l'éthique personnelle et les compétences individuelles mobilisées au service de cette rencontre. La santé et le social connaissent des cadres de commande différents, souvent des employeurs dont l'objet est différent, des compétences techniques différentes, et sans doute une éthique assez proche, mais accrochée à des postures professionnelles parfois éloignées. Les métiers sont donc nécessairement difficiles à superposer, même partiellement.

Les différences entre métiers sont également importantes pour les usagers. Nous aimons tous savoir qu'une boulangerie n'est pas un terminal de cuisson, qu'il y a un cuisinier qui cuisine des produits frais dans la cuisine du restaurant, plutôt qu'un four à micro-ondes, où défilent les surgelés. Nous aimons connaître le service proposé, la différence avec d'autres services, les compétences mobilisées pour en assurer la qualité. Identifier des différences, c'est une manière de pouvoir au mieux se composer au monde, établir des stratégies, faire des choix. C'est ce que Hegel qualifie de puissance du négatif. Le monde apparaît comme une unicité brouillée au nouveau-né, plongé dans la nuit du monde<sup>2</sup>. C'est l'effort de soustraire des éléments singuliers à cette unicité, de repérer des différences, puis de rassembler ensuite ces différences en catégories, qui nous permet d'anticiper le monde et de nous constituer comme sujets. Les personnes ont besoin d'identifier les métiers et services auxquels ils se confrontent. Nos efforts pour éviter de définir des métiers fermés se confrontent à la question quotidienne d'usagers agacés : mais vous faites quoi exactement, ici ?

Le flou est vecteur d'inquiétude et si, comme le professe Jean Furtos, « *être pauvre, c'est avoir peu. Être précaire, c'est avoir peur* », le flou des métiers et des services alimente la précarité, ce vertige du présent.

### **Pourquoi faut-il coopérer ?**

Si les identités sont différentes, nous ne pouvons pas nous contenter d'une ignorance heureuse entre le social et la santé.

La raison de fond tient à l'interdépendance entre les deux dimensions, santé-social. Il a été rappelé au cours de ce colloque que les ouvriers ont 9 ans d'espérance de vie de moins que les cadres. Les sans-abri identifiés par le Collectif des Morts de la Rue meurent en moyenne à 49 ans<sup>3</sup>, alors que la moyenne de la population générale décède à 79 ans. Les conditions sociales ont évidemment une incidence sur la santé, et l'inverse est également souvent vrai.

Par ailleurs, les déterminants de la santé, comme de l'inclusion sociale sont nombreux et il suffit qu'un de ses déterminants défaille pour bloquer le reste. C'est vrai du droit, par exemple pour les

---

2« *C'est la nuit, l'intérieur de la nature qui existe ici — pur soi — dans les représentations fantasmagoriques ; c'est la nuit tout autour ; ici surgit alors subitement une tête ensanglantée, là, une autre silhouette blanche, et elles disparaissent de même. C'est cette nuit qu'on découvre lorsqu'on regarde un homme dans les yeux — on plonge son regard dans une nuit qui devient effroyable, c'est la nuit du monde qui s'avance ici à la rencontre de chacun* » (W.F. Hegel, Phénoménologie de l'Esprit)

3 Collectif des Morts de la Rue : [Dénombrer et décrire](#). 2015

étrangers dont le statut au regard du séjour bride les droits sociaux. Tendre des ponts entre la santé et le social est aussi une méthode qui permettra d'en tendre vers les autres déterminants, comme le droit. Mais l'inter-déterminance entre santé et social est particulièrement saillante. L'absence de domicile permanent peut par exemple compliquer la conservation de médicaments qui voient être maintenus au frais, et le mésusage de ces médicaments peut développer des complications et des résistances, ce qui a conduit certains médecins à interrompre le traitement de pathologies chroniques dégénératives, pour des personnes sans domicile. Autre exemple : une association d'insertion héberge un jeune qui surréagit aux épisodes de stress, avec des troubles comportementaux, qui finissent parfois par une perte de connaissance. Elle envisage un travail pédagogique sur la gestion des émotions et une orientation de ce jeune homme dans cette optique. Or il souffrait d'une pathologie cardiaque à l'origine des troubles constatés. Un traitement social sans prendre en compte les éléments médicaux n'aurait eu aucun sens. Comme l'a souligné Pierre Micheletti : « *la santé publique n'est pas une discipline, mais le champ d'application de diverses disciplines.* » Cette assertion est sans doute également applicable au champ de l'action sociale.

Le dialogue avec d'autres secteurs permet également de déprofessionnaliser les enjeux, de les sortir du travail, pour les partager publiquement, c'est-à-dire les politiser. Partager les dysfonctionnements d'un service avec des acteurs qui n'en ont ni les codes, ni la technicité, demande de les connecter avec un extérieur commun, qui est le plus souvent l'évolution de la commande publique. Le dialogue santé-social est un moyen de repolitiser les enjeux, de prendre à rebours l'évolution procédurière et techniciste des métiers, pour en interroger le sens, dans un contexte plus vaste que leur propre finalité opérationnelle. Parler des difficultés d'un service hospitalier entre collègues n'est pas la même chose que de contextualiser cette défaillance dans l'évolution de la politique hospitalière et l'assurance maladie.

Parallèlement, ce dialogue est aussi un échange de regard. La restitution des stages d'immersion croisés entre acteurs de la santé et du social, expérimentés dans le cadre de la préparation de ce colloque, fournit un regard bienveillant, mais parfois surpris du manque d'humanité de chacun des secteurs, les patients auscultés à la chaîne d'un cabinet de médecin généraliste ou la froideur d'un foyer pour adolescents dont le frigo est fermé par un cadenas. Nous oublions souvent et nous justifions parfois ce manque de délicatesse et un regard extérieur agit comme une piqûre de rappel.

Nous avons tous sourit, à l'ouverture de ce colloque, lors de l'évocation de la *classe des petites idiotes* de la Salpêtrière, qui a inauguré l'assistance médico-pédagogique à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle. Le nom ne portait alors guère à polémique, à une époque où les malades mentaux étaient divisés en idiots, imbéciles et crétins. Une époque où les vagabonds étaient considérés comme des malades atteints de dromomanie. Le grand Charcot avait isolé pour eux une affection : l'automatisme ambulateur.

Tout cela semble bien loin, nous avons bien évolué. Mais compte tenu de la lenteur d'évolution de l'espèce humaine, nous ne sommes probablement pas plus malins que ces illustres prédécesseurs. Il y a fort à parier qu'au siècle prochain, nos catégories, nos représentations et nos pratiques apparaissent aussi ridicules à nos successeurs. L'échange de regard entre les deux secteurs, la délicatesse dans la relation entre ces deux secteurs est une occasion pour chacun d'éprouver un peu plus de tolérance envers l'autre et un peu plus de vigilance sur soi-même<sup>4</sup>.



4 Spinoza explique en quoi il est très difficile de distinguer ce que l'on croit et ce que l'on sait. Il en déduit que nos comportements doivent être guidés par une grande tolérance envers les autres et une grande vigilance envers soi-même.

En résumé, la santé et le social sont tellement interdépendantes, chaque secteur est une condition de l'autre, qu'il est nécessaire de travailler à leur articulation, c'est à dire renverser le concept de frontières.

L'enjeu n'est pas d'effacer les différences entre le social et la santé, mais de mettre en travail la frontière entre les deux, de nous départir de la définition de la frontière comme cloison, pour en retravailler l'épaisseur, les points de passage, les conditions de circulation et les processus diplomatiques entre les deux côtés.

La frontière est ce qui donne du sens à notre monde. Elle est la première réponse au néant de l'espace et de l'existence<sup>5</sup>. Dans la Rome antique, *les limes*, les frontières étaient des remparts, mais également des réseaux de routes et de rocade. Une législation spécifique en régissait les abords, sur une épaisseur de 100 kilomètres, parce que les enjeux des frontaliers sont spécifiques. La frontière entre santé et social mérite aussi de devenir un objet de travail, un outil, que ce soit une suture entre deux lèvres d'une plaie dont le rapprochement aiderait à la guérison, ou comme un creuset dans lequel pourraient fusionner des métaux différents, comme se définit le centre de santé Village 2 santé, qui est un projet de santé, social, démocratique et qui s'identifie comme une expérience politique.

---

5 Régis Debray : [\*Eloge des frontières\*](#).



## PRAIRIE

Le dessinateur Luc Schuiten a proposé il y a quelques années une exposition sur la ville durable, très imprégnée de biomimétisme. Le premier tableau de l'exposition était la photo d'une prairie et l'auteur indiquait qu'il y voyait l'horizon de la ville durable : des espèces différentes, dont l'interdépendance assure la stabilité de l'ensemble. Les plantes ont besoin de pollinisateurs, elles ont souvent besoin d'autres plantes autour pour attirer les nuisibles, elles ont besoin de lombrics qui transforment les déchets en humus et interfèrent avec le complexe argilo-humique. La ville ne peut être durable que si elle atteint à une forme de stabilité, à se nourrir d'elle-même, à organiser les interdépendances, à les convertir en interactions.



C'est le rôle des institutions publiques, une nouvelle finalité de la cité : assurer la durabilité en repérant les interdépendances et en les métabolisant en interactions. Les institutions publiques n'ont pas à expliquer au lombric comment transformer les feuilles mortes en humus, ni à l'abeille comment se saisir du pollen d'une fleur. Elles doivent s'assurer que l'ensemble est équilibré, qu'il y a assez de soleil et de pluie pour éviter un dérèglement global. Le soleil et la pluie de la santé et du social sont le cadre réglementaire et l'argent. Les modifications hasardeuses de la loi et des budgets peuvent donner au prince le sentiment de sa puissance, mais au-delà de l'impact direct de telle ou telle décision, les évolutions pèsent sur l'écosystème, sur les relations entre acteurs. Les économies réalisées sur l'hôpital psychiatrique au titre de la fin de la fonction asilaire pèsent sur le secteur de l'hébergement d'insertion. Celui-ci devient onéreux au regard des critères d'insertion envisagés, appliqués à des personnes souffrant de handicap mental. L'État développe alors des solutions d'urgence avec moins d'accompagnement, un statut permettant de simplifier les prises en charge. Au final, le recours à l'hôtel coûte cher pour un service de qualité médiocre. La chaîne d'économies réalisées aboutit à un paysage dont rien ne dit qu'il est moins coûteux, et une gamme de services dont rien ne permet de penser qu'ils sont plus performants. Or c'est précisément à cette vision d'ensemble que la puissance publique devrait être attachées : donner un cadre, évaluer, corriger le tir.

Cela suppose d'ouvrir au moins deux chantiers :

### **Remettre chaque acteur au bon niveau**

Pour garder une hauteur de vue, il faut que l'État commanditaire recule par rapport au terrain. S'il se mêle de la réalisation des missions, un agent public aura du mal à en garantir l'évaluation. Un jour de dîner mondain et feutré, un Préfet me faisait valoir que le prix de journée d'un centre d'hébergement était identique, pour une personne seule et pour une famille, ce qui aboutissait à des déséquilibres dans le rapport entre coûts et qualités de service. Un couple avec trois enfants accueillis dans un algéco de fond de banlieue, coûtait alors 4 500€ par mois (30€ de prix de journée par personne). Sans alimentation. Une fois n'est pas coutume, je partageais l'avis du Préfet. Pour le Directeur de la Cohésion Sociale, cette connivence était inacceptable, elle supposait une négligence des services dans la définition et la mise en œuvre des services. Il s'est donc élevé contre mes « allégations », qui reprenaient simplement celles de son supérieur et se contentaient de pointer des faits. Pour ne pas le mettre en difficulté, le Préfet n'a jamais soulevé ce couvercle des prix de journées. Depuis, les services de l'État interfèrent dans le même département, jusque sur les

orientations individuelles en hôtel d'hébergement d'urgence. Ils ne supportent plus aucune évaluation de politiques, dans le cambouis opérationnel desquelles ils pataugent jusqu'aux coudes.

L'État et les collectivités doivent retrouver une position *d'autorité*, dérivée du mot auteur. La puissance publique est l'auteur, la source, des politiques publiques. Pour en assurer la mise en œuvre par des opérateurs, qu'ils soient publics ou liés par des conventions, la puissance publique a tendance à encadrer de plus en plus en amont, en définissant des procédures, plutôt qu'en aval, par des évaluations. Ce n'est pas la posture d'autorité, qui pose nécessairement problème : nous avons tous besoin de cohérence et d'un sens politique auquel accrocher nos actions. Ce qui pose problème, c'est cette robotisation déjà évoquée, la mise en procédures, l'obsession préventive de la déviance, qui ne s'attache plus à la finalité, mais à l'exécution de la tâche professionnelle, telle qu'elle a été décidée dans un bureau anonyme.

### **Travailler l'équilibre entre la procédure et l'intelligence situationnelle**

Un peu moins de procédures, un peu plus de liberté créative, contrôlée par une évaluation distanciée, portant sur les objectifs, la finalité du travail, plutôt que sur ses modalités, serait sans doute précieuse.

Pour comprendre le besoin d'équilibre entre procédures et adaptabilité, le rugby nous a fourni un exemple édifiant avec deux entraîneurs de l'équipe de France, qui reposaient sur deux modèles antagonistes. Jean-Claude Skrela, sélectionneur entre 1994 et 1998 pariait sur « l'intelligence situationnelle. » Les joueurs étaient invités à s'inventer à partir d'une situation collective : alors que dans toute équipe les gros poussent et les fins galopent, il a demandé à celui qui est le plus proche du ballon de se transformer en gros et à celui qui se trouvait dans une cavalcade, de s'improviser gazelle, même si sa silhouette offrait un curieux démenti. Cette tactique, qui demandait une intelligence collective et une faculté d'adaptation aux conditions d'exercice du métier, a permis de gagner en rapidité et de se rapprocher des objectifs collectifs. Le successeur de Jean-Claude Skrela s'appelle Bernard Laporte. Il a une autre conception du rugby : il sélectionne chaque joueur sur une batterie d'indicateurs individuels objectivés de performance. Il veut le meilleur à chaque poste, pour un collectif qui pousse plus fort, qui court plus vite et plus longtemps. Chacun son rôle, dans un professionnalisme qui consiste à déployer des procédures, à respecter la discipline. En huit ans, il ne gagnera vraiment qu'un seul grand Chelem (il en doit un autre à la désobéissance des joueurs, revenus à l'intelligence situationnelle...). Cet entraîneur obtiendra de moins bons résultats que son prédécesseur et finira ministre des sports pour Nicolas Sarkozy.

La querelle de style illustre deux méthodes de contrôle hiérarchique : l'une qui parie sur l'initiative collective et le retour d'expérience ; l'autre qui met en avant le respect scrupuleux de procédures et l'évaluation sur la base de critères objectivés. La prairie et le jardin.

Mondane Jactat, élue de la Ville de Grenoble à la santé, nous a prévenu que la valorisation de l'évaluation menaçait de générer des procédures supplémentaires, demanderait de s'accorder sur des critères. C'est effectivement un effet secondaire fréquent et pas toujours heureux, mais c'est aussi ici qu'il y a nécessité à se ressaisir collectivement de la question de l'évaluation. La santé et le social sont évalués selon des procédures et des critères qui ne conviennent pas aux salariés, pas pour leur confort, mais sur la pente éthique que donnent ces critères à leurs métiers. On doit pouvoir revendiquer plus d'évaluation, mais moins de procédures, et des critères renégociés régulièrement, c'est-à-dire restaurer un dialogue civil, une co-construction des politiques publiques sociales et de santé.



## LA DIPLOMATIE DU LOUP-GAROU

L'expression et les métaphores acrobatiques qui vont parcourir ces dernières pages viennent d'un essai récent de Baptiste Morizot : *Les Diplomates*. Il y propose une réforme de nos rapports à l'altérité, à partir de l'exemple du loup. Nous n'avons plus les moyens de chasser les loups (trop de friches, plus assez de chasseurs) et nous n'avons pas les moyens de les contenir dans les sanctuaires que sont les parcs naturels, car c'est une espèce dite *dispersante*, vagabonde.

Quand on ne peut s'ignorer ni se confronter, il faut négocier. Et pour négocier il faut des diplomates. Le social et la santé ne peuvent pas s'ignorer, ni se confronter. Si les frontières sont importantes, si la prairie est leur horizon commun, ces deux secteurs ont besoin de diplomates.

Un diplomate n'est pas un député. Le diplomate n'est pas le défenseur des intérêts de ses mandants, il met la relation au-dessus de tout autre intérêt. Le mot vient du grec δίπλωμα (diploma), qui signifie « *plié* ». Un diplomate est plié pour lier, il est plié des deux côtés de la frontière. Le diplomate n'est pas un défenseur de la cause des loups, mais un loup-garou, sans doute un peu monstrueux au regard de la barrière des espèces, mais qui connaît le monde des hommes et le monde des loups. Il faut savoir retourner le concept comme un gant et considérer les monstres, les loups-garous, comme les moyens de suturer les frontières, comme des bacs qui permettent de traverser les rivières, comme des passerelles qui enjambent les ravins. Les diplomates loup-garous sont ceux qui font vivre l'interdépendance, qui tiennent les deux groupes en un ensemble plus vaste, ceux qui évitent que se dressent les murs et que se préparent les guerres.

Le diplomate doit savoir un peu de la civilisation de l'autre, pas dans le détail, mais assez pour savoir communiquer. Les immersions dans le champ professionnels voisins qui ont été présentés au cours du colloque sont un moyen d'apprendre un peu de la langue et des coutumes de l'autre. Les travailleurs expatriés dans le secteur professionnel de l'autre, l'assistante sociale de médecin du monde ou l'infirmière des pensions de famille du Relais Ozanam, sont des diplomates en puissance. Chacun a pu témoigner de sa découverte surprise du monde de l'autre, la liste des acronymes mystérieux et des codes langagiers propres à chaque secteur et cette différence dans le rapport au temps, que chacun évoque. Les médiateurs pairs ou le CPS sont des diplomates entre les deux secteurs, des casques bleus qui triangulent la relation, entre autres pour corriger cette différence de rapport au temps, l'empressement du médecin et le temps long du social. Un autre exemple est ainsi fourni par le CPS : une médecin généraliste suit un patient souffrant d'obésité sévère, elle est inquiète, il faut que la situation de ce patient vivant en centre d'hébergement évolue rapidement, il court un risque mortel. Parallèlement, l'équipe sociale de l'établissement a accueilli une personne souffrant de problèmes d'hygiène, qui contribue, en plus de sa faible mobilité, à un grand isolement social, voire des troubles relationnels. L'équipe sociale considère qu'avec le temps, l'hygiène s'améliore et que la vie sociale s'étoffe, bref, elle trouve que la personne va mieux. L'impatience du médecin repose sur une mission qui consiste à « *faire écran avec la fin de vie* », pour reprendre la phrase d'Olivier Daviet, alors que la question de l'action sociale est de limiter la souffrance. Dans le film *Leaving Las Vegas*, où Nicholas Cage se suicide à l'alcool, le médecin demanderait une hospitalisation d'office, alors que le travailleur social, inscrit dans une posture d'accompagnement, ne choisirait pas forcément cette option. Le CPS est suffisamment bilingue, suffisamment garou, pour permettre à chacun de mieux comprendre la position de l'autre et de trouver les articulations pertinentes, malgré cette différence de rapport au temps.

Mais ces diplomates, qu'ils soient expatriés, frontaliers ou ambassadeurs, doivent pouvoir être situés. Les fêlures intimes pudiquement abordées au cours de ce colloque, laissent deviner la solitude du professionnel de santé émigré en terre sociale, et réciproquement. Les expatriés ont besoin d'ambassades auxquelles se référer, les ambassadeurs encore plus. S'il est essentiel de

contribuer à l'émergence de diplomates supplémentaires, à travers les stages d'immersion ou l'invention de travailleurs expatriés, il faut trouver les ambassades qui permettent de conserver le lien avec le pays d'origine et régler les inévitables troubles inhérents à l'incorporation d'un corps exotique, dans un milieu homogène. Lorsque l'infirmière du Relais Ozanam frappe à la porte de ce nouvel emploi, elle est accueillie par un stagiaire de l'action sociale, qui lui propose un café. Habituee au minutage très serré de l'hôpital, elle demande s'ils ont le temps de boire un café ; le stagiaire ne comprend pas la question, boire un café n'empêche rien. Il faut des conditions pour être diplomate, les médiateurs pairs en santé ont pointé que leur arrivée sur les quartiers n'était « *pas préparée.* » Les diplomates doivent pouvoir présenter des lettres de créance et référer à une ambassade. Pour éviter que ces interférences culturelles ne se développent en métastases professionnelles, qu'elles ne s'enkystent dans des rapports de souffrance personnelle et de difficulté relationnelle préjudiciable aux personnes suivies, le recours à une ambassade, c'est-à-dire, une représentation légitime de l'enjeu médical dans l'enceinte sociale et inversement, peut être précieux.

Pour résumer, les secteurs du social et de la santé doivent conserver des spécificités, mais ils ne peuvent s'ignorer, ni s'affronter. Ils n'ont comme seul recours que de soigner les mécanismes de coopération transfrontalière, qui permettront de faire vivre une interdépendance heureuse, de repolitiser les enjeux et de contribuer à remettre la commande publique à une plus juste place : celle de garant de l'équilibre et de la durabilité du cadre de relations. Les agrafes qui permettront aux deux côtés de la frontière de se définir comme éléments d'un ensemble plus sont notamment les diplomates, les loups garous qui puissent savoir suffisamment des deux côtés de la frontière pour pouvoir placer de la relation entre les deux, au-dessus des intérêts de chacun. Le développement de cette diplomatie, la création des ambassades, la renégociation du caractère politique des enjeux et de la place de la commande publique, font que ce n'est pas la conclusion d'un bref temps collectif de réflexion, mais au contraire : l'ouverture d'une nouvelle ère de coopération.