

Bulletin national santé mentale et précarité

interpellations

édito

A une époque de crise du lien social, la psychiatrie publique de secteur aborde un tournant de son histoire : elle est massivement interpellée par les acteurs et les institutions du champ social et, plus largement, par la société civile, pour offrir davantage d'expertise et de présence. Dès 1995, de nombreux textes et rapports émanent des instances de l'état : rapport Strohl-Lazarus intitulé "Une souffrance qu'on ne peut plus cacher" (DIV-DIRMI¹ 1995), rapport "psychiatrie et grande exclusion" (Secrétariat d'Etat à l'Action Humanitaire et d'Urgence, 1996), rapport Joly (conseil économique et social, 1997), et, bien entendu, loi contre les exclusions et PRAPS² (juillet 1998). Cette liste n'est pas exhaustive. Ce nouveau bulletin est lui-même soutenu par la Direction de l'Action Sociale.

Les praticiens du secteur de psychiatrie pourraient, en réaction, se sentir pris dans une tourmente, où l'on attendrait d'eux une extension de leur mission et de leurs compétences, tandis que la légitimité et la pertinence de leur pratique seraient ouvertement et concrètement contestées.

Il serait pourtant dommage de se sentir seulement persécuté, de parler trop vite de double lien, de faire le canard sur les plumes duquel glisse toute nouvelle demande, ou encore de se réfugier dans la forteresse assiégée de la "spécificité" psychiatrique, bien décidé à tenir jusqu'à la mort... laquelle n'est pas exclue comme pour toute institution vivante.

Ceux pour qui la politique de secteur psychiatrique continue de signifier une identité professionnelle forte et un devoir citoyen peuvent saisir cette opportunité historique pour redéfinir les missions du secteur, son insertion dans la santé de la cité, pour en préciser autant les principes que les pratiques partenariales.

Les membres du comité de rédaction de Rhizome, engagés à des titres divers sur le terrain de la santé mentale et de la précarité sociale, souhaitent développer un débat sur les pratiques du secteur en matière de santé mentale, où la psychiatrie a une place importante mais heureusement non exclusive.

Ils ont construit ce premier numéro sur l'interpellation de la psychiatrie par le social, acceptant ainsi d'être interrompus par une parole qui dérange. Les numéros ultérieurs, à un rythme trimestriel, proposeront, à partir d'un thème, un appel à débattre, à échanger sur la clinique et les pratiques. Ils développeront les savoirs et les questionnements, en les envisageant par rapport aux différents contextes institutionnels où ils se situent.

Une telle position s'appuie sur une éthique du sujet conjuguée avec une vision politique de la souffrance : il ne peut en effet y avoir apparition du sujet que s'il est reconnu comme tel sur l'une des différentes scènes du social.

Le Comité de rédaction

Les interpellations de :

- Pierre Gauthier2/3
- Pierre Belmont5
- Christophe Dejours3 et 7
- Pierre Joly6
- Marie-Claire Verger4
- Marguerite Arène7 et 8

Au sommaire

1 DIV : Délégation Interministérielle à la Ville.
DIRMI : Délégation Interministérielle au Revenu Minimum d'Insertion

2 Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des Personnes les plus démunies.



La psychiatrie «trouée» par l'action sociale

Pierre Gauthier,
Directeur de l'Action
Sociale

Qu'est ce que le Directeur de l'Action Sociale peut avoir à demander à des psychiatres de secteur, concernant la précarité ?

Cette question vise en fait la nature de la frontière entre le sanitaire et le social. Je me demande si nous ne travaillons pas avec des catégories qui sont héritées de notre culture et de notre organisation administrative, et qui sont largement mises à mal par l'évolution de la société. Cette division entre le champ du médical et le champ social a peut être une vertu rassurante, mais il n'est pas certain qu'elle soit très convaincante, tant du point de vue historique que du point de vue médical.

Le social : lieu d'émergence d'une souffrance

Une première observation, pour mettre en contexte : les politiques d'action sociale des années 60 à 80 concernaient des publics relativement définis et limités. Ces publics étaient, d'une part, ceux qui se trouvaient en dehors du monde du travail, pour des raisons d'âge, de handicap (loi de 75, AAH, minimum vieillesse), de l'autre, l'enfant et la famille (protection de l'enfance, API). L'essentiel de la régulation sociale s'effectuait dans le cadre du monde du travail et des systèmes de protection sociale qui lui étaient rattachés.

La division du travail avec la psychiatrie était relativement claire, puisque celle-ci gérait avec le secteur une partie de ces populations, triées sur la base d'un diagnostic médical. Le secteur gérait d'une certaine façon en interne sa question sociale. La forte croissance des moyens, la mise en place de la politique de secteur, un certain intérêt public pour la question de la "folie" (Foucault, l'antipsychiatrie, la mode de la psychanalyse) constituaient un contexte favorable.

Les mutations sociales des 20 dernières années ont fait rentrer dans le champ de l'intervention publique une toute autre population, qui est en difficulté pour trouver sa place dans un contexte de chômage ou de concurrence exacerbée. Passer de 300 000 chômeurs à 2,5 millions n'est pas sans changer la donne, d'autant plus que la politique constante a été de tenter d'atténuer le choc de ces mutations par un important effort redistributif et en accompagnant ces populations. Le "handicap social" et ses "dégâts collatéraux" en matière de tensions sociales et de souffrance individuelle sont devenus l'objet principal de l'intervention sociale, qui porte sur des personnes (RMI), des territoires (politique de la ville), des publics (missions locales) et des situations extrêmes (la grande exclusion, l'urgence sociale). Les politiques dites d'insertion ont un impact quantitatif majeur, elles portent sur des populations qui ne sont plus signalées par un "marqueur" social fort, elles concernent la vie sociale.

En apparence, le secteur psychiatrique est en dehors de ces enjeux, puisque rien ne définit ces publics de l'intervention sociale comme plus "malades" que le reste de la population. A l'évidence, il n'en est rien.

Questions à la psychiatrie

PREMIÈRE QUESTION : les progrès des soins, la politique de suppression des "asiles" et une tendance que je perçois, peut-être à tort, comme un certain repli des psychiatres sur le champ proprement médical, renvoient vers la "cité" des malades stabilisés, qui doivent faire leur place dans un environnement difficile. Quand ça ne marche pas, on retrouve éventuellement à la rue une part de ces malades qui viennent grossir les publics sans domicile ou en errance.

Comment le secteur peut-il mieux piloter l'accompagnement de ces malades stabilisés, pour ne pas les laisser à la merci de la violence urbaine ? Je ne trouve absolument pas rassurant d'entendre certains réclamer, en désespoir de cause, la réouverture des asiles. Mais il faut pouvoir trouver des alternatives qui répondent aux besoins, qui sont probablement importants, mais qui ne doivent pas non plus être infinis.

DEUXIÈME QUESTION : Les intervenants sociaux sont confrontés à des personnes qui vont mal, à des phénomènes extrêmement difficiles à vivre et à comprendre : violence, incapacité de se réinsérer, prise de risque inconsidérée, décomposition des liens sociaux et familiaux. Les intervenants sociaux ont une attente d'aide, au moins pour comprendre, éventuellement pour passer le relais. Que peut le secteur psychiatrique en ce domaine, pour avoir une politique de prévention et de présence dans la communauté ? Il ne s'agit évidemment pas de "psychiatriser le social", mais de prendre en compte le fait que le social est le lieu d'émergence d'une souffrance des sujets qui doit être reconnue.

TROISIÈME QUESTION : Ces mutations sociales (on a longtemps parlé de crise, mais le terme ne convient pas car jamais notre société n'a été aussi riche et active) bouleversent nos catégories de pensée, nos points de repères. Le champ de la santé mentale est touché comme le champ de l'intervention sociale par ces mutations. Il n'est pas inutile de savoir comment vous, professionnels de la santé mentale, comprenez ces évolutions. Que vous apprend l'approche clinique, comment votre pratique est modifiée par ce contexte ?

QUATRIÈME QUESTION : Beaucoup d'équipes de secteur ont pris en compte ces demandes sociales nou-

Subjectivité, travail et exclusion

Christophe Dejours
Psychiatre
Directeur du laboratoire
de psychologie du travail
du C.N.A.M.

Que le chômage ait des incidences sur la santé mentale, personne n'en doute. Quant à la nature de ces incidences, en revanche, on est loin de l'unanimité, tant chez les praticiens que chez les chercheurs. Les praticiens sont surtout sensibles à la gravité des troubles observés : dépression, alcoolisme chez les chômeurs de longue durée, errances, violences, toxicomanie chez les chômeurs primaires (sujets jeunes n'ayant jamais eu d'emploi); à la mise en échec des efforts de réinsertion déployés par certains malades, par une société impitoyable.

La répétition des impasses thérapeutiques conduit souvent les soignants à se faire une théorie spontanée de la société et de la psychopathologie du chômage, qu'ils construisent à partir de leur expérience clinique et des idées dominantes sur "l'exclusion", ou les "banlieues difficiles".

C'est dommage ! La société, même "duale", ne peut pas être réduite à un secteur intégré et un secteur d'exclusion, avec d'un côté des nantis protégés des malheurs, et de l'autre des exclus passivement offerts à la destruction psychique inéluctable. Ceux qui ont un emploi, ont parfois bien du mal à résister mentalement aux effets délétères des nouvelles

contraintes de travail. Et ceux qui n'en ont pas s'organisent, de leur côté, pour résister à la déstructuration mentale.

Pour avoir accès à l'intelligibilité des processus psychiques en cause, il peut être intéressant de renverser radicalement la perspective d'analyse : suspendre le regard sur la maladie, pour orienter sa curiosité vers la "normalité" ou "l'adaptation". Comment font donc ceux qui parviennent à conjurer la décompensa-



tion psychopathologique, les uns malgré le travail, les autres malgré la privation d'emploi ? Cessons de considérer normalité et adaptation de façon péjorative comme des équivalents du conformisme, de l'aliénation, ou du crétinisme bêlant. Reconnaissons que la normalité est un compromis conquis de haute lutte, complexe, personnalisé et fra-

gile pour lequel il faut continuellement se battre, sans quoi on ne bascule que trop vite dans la maladie mentale ou physique.

Travail ou non travail : comment tenir ?

Dans le monde social intégré, on découvrira alors que le travail, s'il peut être une promesse de bonheur, d'émancipation, et d'accomplissement de soi, peut aussi être difficile à assumer. Non seulement parce qu'il recèle des difficultés intrinsèques qui mettent l'intelligence et l'effort en échec, mais parce que travailler, c'est aussi rencontrer les rapports sociaux : rapports de domination des hommes sur les femmes, rapports de pouvoir et de servitude, rapports de force et d'injustice qui, en période de néolibéralisme, ne sont pas faciles à négocier.

En finir avec les analyses sommaires de la place du travail dans le fonctionnement psychique, comprendre les conditions qui font du travail un malheur ou un bonheur, suppose de se déplacer hors des murs de l'asile, d'aller dans le monde, dans les usines, dans les administrations, dans les bureaux d'étude, dans les centrales nucléaires, dans les bureaux de tri postal.... Les résultats de cette

(suite p. 7)

La psychiatrie «trouée» par l'action sociale (suite)

velles et de nombreuses actions sont menées sur le terrain, avec pragmatisme. Il est utile de les faire connaître, de les évaluer, de les mettre en réseaux, notamment dans le cadre des Praps. Cette culture commune constitue un fonds à partir duquel d'autres équipes peuvent se décider à participer à des actions innovantes.

L'Orspere a cette fonction de réseau. Une synthèse de ces expériences peut-elle servir d'aide à la décision ? DERNIÈRE QUESTION : La CMU³ donne la possibilité d'accéder aux soins à une population démunie. Le nombre de psychiatres a été multiplié par 8 en 30 ans, ce qui devrait tout de même donner quelques mar-

ges de manœuvre. Comment concevez-vous l'articulation avec la médecine privée, et notamment avec les psychiatres libéraux, mais aussi avec les généralistes qui reçoivent les patients en première intention ? Y a-t-il possibilité de mieux les associer à l'accueil des populations en difficulté, et à quelles conditions ? ■

1 Allocation Adulte Handicapé
2 Allocation Parent Isolé
3 Couverture Maladie Universelle

Lorsque le travailleur social n'idéalise plus la psychiatrie

Marie-Claire Verger,
assistante sociale,
Conseil Général
du Rhône

Le constat est unanime chez les travailleurs sociaux : les problèmes de santé mentale sont en augmentation incessante, en nombre et en gravité, ceci depuis plusieurs années. Leurs manifestations évoluent et s'expriment de plus en plus sur le terrain social, à tel point qu'elles sont devenues une caractéristique du travail social au quotidien.

Les symptômes et les problématiques sont variés : de la personne angoissée qui appelle 15 fois le service dans la même journée, au chômeur de longue durée déstructuré, en passant par la problématique familiale d'un toxico jusqu'au malade mental avéré, il y a un éventail large des souffrances rencontrées, souvent aiguës, et devant lesquelles le travailleur social est vite démuni.

La difficulté majeure que nous rencontrons est de permettre à la personne d'accéder au soin. Rares sont celles qui ont une demande formulée en bonne et due forme.

Comment tenir la relation avec des personnes en grande souffrance psychique ?

Je crois pouvoir dire que le travailleur social n'idéalise plus le psychiatre

mais il a des demandes nouvelles à lui formuler.

Il nous faut actualiser nos connaissances et réfléchir à nos pratiques professionnelles face à cette souffrance. Pour cela, nous n'avons pas seulement besoin du classement nosographique des maladies mentales mais nous avons une attente d'un travail avec des cliniciens. Par exemple, comment conduire un entretien social avec une personne délirante ? A quoi faut-il veiller ? Que faut-il éviter ?

La connaissance que nous avons du public nous amène à formuler le souhait d'autres modes de prise en charge que les thérapies classiques, souvent inopérantes avec les personnes en grande difficulté sociale : comment livrer une souffrance très aiguë lorsque la conceptualisation n'est pas un moyen d'expression familial ? Mesure-t-on jusqu'où la précarité insécurise, déstabilise ? Que peut-il rester comme énergie pour prendre soin de soi ?

Devant l'augmentation en nombre et en chronicité des liens pathologiques mère-fils, nous devons, en tant que travailleur social, chercher à mettre en place des stratégies d'aide

qui permettent d'avoir accès au fils sans renforcer les défenses de la mère. Pourrait-on aller jusqu'à imaginer un soin du lien mère-fils adulte ou est-ce une utopie ?

Ressourcer la pensée

Les souffrances vécues et rencontrées ne relèvent pas toutes de la pathologie mentale au sens strict mais les personnalités sont malmenées, fragilisées par la précarité...

Le travailleur social ne demande pas au psychiatre de prendre en charge toute cette souffrance, qui est à la fois psychologique et sociale. Il demande à être entendu par les institutions car il est surtout à la recherche d'énergie nouvelle.

Mais où trouver cette énergie nouvelle ? QUI pourra la produire ?

Je pressens deux sources : la réflexion, pas seulement la parole mais l'acte de penser (sans jeu de mots!); le dialogue, l'échange qui assume les différences.

L'interpellation se fait alors vive pour que des lieux de réflexion, d'analyse et de mise en commun de nos pratiques professionnelles respectives puissent être organisés entre travailleurs sociaux, psychologues et psychiatres, dans le cadre de la formation permanente bien sûr (où l'on pourrait associer des anthropologues) mais aussi au plus près du terrain car la souffrance humaine échappe au clivage entre les services.

Mettre en commun notre expérience s'avère nécessaire pour soulager ces nouvelles formes de souffrance qui n'appartiennent exclusivement ni aux uns ni aux autres. Les forces ainsi trouvées nous permettront d'inventer ensemble des modes d'intervention plus pertinents. ■



Dépasser les réticences

Dr Pierre Belmant,
chargé de mission à la
Fnars (Fédération
nationale
des associations
d'accueil et de
réinsertion sociale)

La Fnars qui fédère 700 associations et près de 2000 centres et services, dont de nombreux Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), a depuis plusieurs années développé réflexion et pratique sur les relations entre la psychiatrie publique de secteur et ses établissements.

Ces derniers reçoivent des personnes présentant des pathologies psychiatriques, prises en charge ou non par la psychiatrie publique, d'autres souffrant de troubles du comportement pour lesquels ils auraient besoin d'un avis diagnostic et d'une orientation vers les prises en charge appropriées, psychiatriques ou autre. Ils accueillent enfin des personnes ayant simplement besoin d'un soutien psychologique en raison de leurs difficultés sociales et personnelles, ainsi que les enfants accompagnant ces "parents en détresse".

Face à ces différentes formes de souffrance psychique ou de maladie mentale, la psychiatrie publique de secteur n'est pas le seul recours: alcool-dépendance, toxicomanies et violences conjugales, pour ne prendre que trois exemples forts, ont parfois leurs propres circuits spécialisés de prise en charge. Mais parfois la psychiatrie publique est un partenaire indispensable.

Au stade du conflit

Selon les sites, les relations entre la psychiatrie et le secteur social vont du conflit aux conventions ou chartes écrites.

Parfois les deux parties se renvoient la personne comme une "patate chaude", chacun soupçonnant l'autre de vouloir lui "refiler" les personnes qu'il ne sait pas ou ne veut plus traiter. Et il arrive que l'on se laisse aller à la caricature: les psychiatres, surtout les plus récemment formés, ne seraient que des prescripteurs forcés de médicaments psycho-actifs, ne s'intéressant qu'à ce qui peut rentrer dans les classifications des

manuels les plus à jour de diagnostic psychiatrique, hors de toute référence analytique ou sociologique...; les psychothérapeutes, ou "pire", les psychanalystes, attendraient obstinément en silence que la personne exprime verbalement sa demande ou au moins sa souffrance...; les travailleurs sociaux, la plupart "bien sûr" en état d'épuisement professionnel faute de supervision analytique, auraient tendance à psychiatriser tous les problèmes sociaux, soit en se prenant pour des "psy", soit en demandant obstinément au secteur



psychiatrique de redéployer ses moyens - supposés surabondants - afin de lui venir en aide face à toute cette souffrance qu'on ne peut plus cacher...

Plusieurs facteurs sont à l'origine de cette situation pour le moins tendue: un manque de langage commun souvent, et surtout une méconnaissance réciproque des différents outils de l'autre; des malentendus autour du secret professionnel et du secret médical; des sorties d'hospitalisation psychiatrique insuffisamment préparées en termes de suivi social ou thérapeutique pour les personnes ayant besoin d'un hébergement social; des hospitalisations en psychiatrie, ou des retours en hospitalisation en situation de crise, difficiles à obtenir dans certains cas de la part des CHRS et autres établissements sociaux; enfin, dans beaucoup de secteurs, une pratique inadéquate pour les personnes SDF et/ou en errance, du fait même de leur absence de domicile et d'une appli-

cation trop "cadastrale" de la notion de secteur, préjudiciable au suivi psychiatrique de ces personnes.

Un partenariat en progrès

Depuis quelques années pourtant dans le réseau de la Fnars, des relations plus élaborées entre psychiatrie publique et social se développent. Elles mettent l'accent sur certains points importants: l'organisation de la sectorisation psychiatrique ne doit pas être un obstacle au libre choix de son thérapeute, que l'on soit avec ou sans domicile, et doit rester un outil favorisant la continuité des soins; des modalités de travail en commun, dans les compétences et missions respectives de chacun, doivent être élaborées et entretenues en termes de moyens, notamment humains, de rencontres, de lieux, de suivi et régulation, de calendrier, etc.; une place doit être accordée à la question du secret médical et professionnel.

Des collaborations réussies dans la durée sont possibles. Elles débutent souvent par la bonne volonté de quelques uns, puis sont conceptualisées dans des textes qui engagent les institutions au-delà des individus. Fréquemment évaluées et régulées, ces collaborations durent avec succès depuis plusieurs années dans certains sites.

Pour vaincre les résistances des individus et des institutions, il reste à trouver le bon interlocuteur. La Fnars peut inciter de diverses manières ses adhérents à travailler autrement et à se remettre en cause. La Ddass ou la Drass se sont déjà montrées des médiateurs efficaces dans certains sites. En ce qui concerne la psychiatrie publique, qui peut inciter "le médecin chef de secteur réticent" à mieux collaborer avec les acteurs du champ social? C'est une question que la Fnars se pose de façon aiguë dans quelques sites devant l'absence totale de réponse aux invitations à rencontrer! ■

Ni angélisme, ni repliement

Pierre Joly

Membre du Conseil
Economique et Social
Président de la
Fondation pour la
recherche médicale

Ce fut pour moi un honneur plein d'enseignements de rapporter devant les collègues du Conseil Economique et Social sur la prévention et les soins des maladies mentales.

Au plan de la grande précarité, le Conseil Economique et Social dans son avis du 11 décembre 1996 avait déjà fait un certain nombre de recommandations.

Depuis 1991, la psychiatrie des personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion a fait l'objet de diverses études. Elle n'a pas, bien sûr, échappé au Conseil Economique et Social. On cerne, en effet, aujourd'hui beaucoup mieux le rapport entre les troubles mentaux et la grande exclusion.

Se garder des idées toutes faites

Les exclusions sociales et professionnelles sont évidemment sources de très importantes souffrances psychiques.

Mais il faut se garder d'idées toutes faites. Car on ne note pas, par exemple, plus de psychoses délirantes dans ces populations que dans les autres. La désinstitutionnalisation qui, en France, n'a pas le caractère systématique observé dans certains pays, n'aboutit pas non plus à "mettre des malades dans la rue".

Par contre, il faut souligner la souffrance liée à l'exclusion. 30% des sans abri par exemple souffriraient de troubles psychiques, dépressions sévères (chez les hommes en particulier) anxiété, alcoolisme, toxicomanie...

Il ne faut pas nier que, souvent, les personnes en grande précarité ont connu dans leur enfance des perturbations psychiatriques dues à des situations familiales difficiles (famille éclatée, perte d'un parent, viol) à l'isolement (fuite, drogue), à la rupture des liens familiaux, voire à des carences alimentaires.....

Malheureusement, l'image "carcérale", complètement dépassée, mais encore vivace auprès de certains publics, rend difficile l'acceptation facile pour cette population d'aller consulter des structures psychiatriques, même si ces dernières savent conjuguer attention médicale et sociale de celui qui accepte de venir consulter.

Il ne faut donc ni surévaluer l'importance de la maladie mentale chez les exclus ni sous-estimer la souffrance psychique de ces derniers.

Tenir compte d'une exclusion qui dure

L'évolution technologique, en particulier, peut également laisser sur le "bord de la route" des populations et créer ainsi de nouveaux exclus et de nouvelles précarités même en période de croissance économique... Comme le craint le Docteur Xavier Emmanuelli, la crise concernant l'exclusion et la précarité risque d'être longue.

La prévention passe évidemment avant tout par la lutte contre l'exclusion sociale et professionnelle, mais elle passe aussi par un effort important en matière de protection maternelle et infantile ainsi qu'en médecine scolaire.

Les mesures préconisées par le Conseil

Economique et Social que je résume succinctement sont valables pour toutes les personnes en grande précarité avec des précisions spécifiques pour les personnes sans domicile fixe :

- Rendre obligatoire la préparation de la sortie des patients (entre l'équipe du secteur et le réseau sanitaire et social)

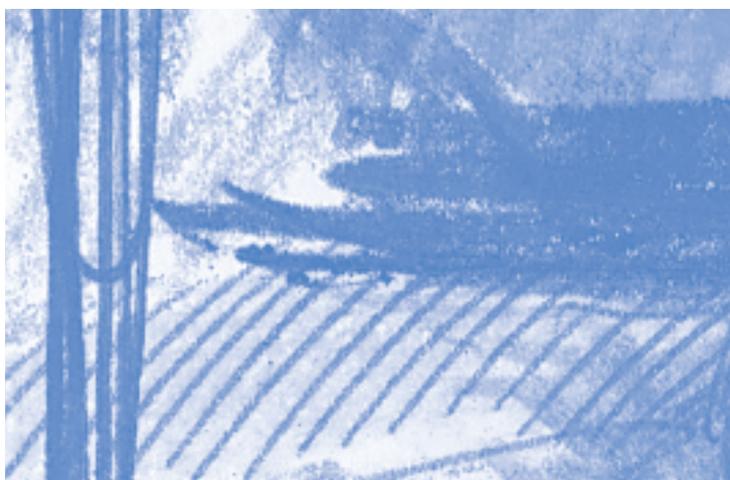
- Réviser les modalités de versement de l'allocation aux adultes handicapés (afin que sa réduction ou sa suspension à l'occasion d'une hospitalisation ne se traduise pas par une plus grande exclusion)

- Créer des unités d'accueil pour les personnes en situation de détresse psychologique ou psychosociale

- Coordonner les structures de secteur avec les réseaux d'aide et d'assistance aux personnes en situation d'errance

- Créer des structures d'hébergement sur le mode des post-cures à double tarification.

Il ne faut donc pas traiter ce sujet, humainement très préoccupant et émotionnellement difficilement supportable, ni avec angélisme ni avec repliement, mais avec une volonté sans faille, car la précarité et les troubles psychiques méritent un autre regard que celui qui est actuellement porté par nombre de nos concitoyens. ■



Vers une clinique populaire ?

Marguerite Arène,
psychologue clinicienne

Marguerite Arène a travaillé à l'hôpital de Pontoise et au CMPP de Saint-Denis, a animé le volet santé de la politique de la ville à la Délégation interministérielle à la Ville entre 1992 et 1996. Elle est aujourd'hui responsable de la Mission départementale de prévention des toxicomanies, service créé par le Conseil général de la Seine-Saint-Denis en 1996.

“Aujourd’hui, avec la violence des processus d’exclusion sociale et de précarisation, la question d’une clinique populaire me paraît plus que jamais le défi le plus exigeant pour les professionnels œuvrant dans le champ de la santé mentale.”

“Détachée” d’un secteur de la psychiatrie publique, ces quelques lignes sont écrites avec le regard et les attentes de quelqu’un qui se situe actuellement à l’extérieur, mais qui conserve le plus vif intérêt pour la santé mentale, puisque ma pratique me confronte à la question des dro-

gues ; c’est donc d’une place décalée du secteur que j’écris.

De l’extérieur, le paysage se perçoit ainsi : fermetures de lits, de services, ouverture de MAS, taux directeur en berne, réorganisation du système de soins, de l’administration, des services de l’Etat... Le cadre d’organisation auquel s’arrime le travail des équipes de secteur se trouve bousculé, tordu, déformé ? Je me demande ce que sont devenus les malades, les équipes, les gens, les voisins, les familles ? Non pas ceux-ci, en particulier, mais leur place, le locus, cet espace créé autour d’eux.

Quand on “ferme” un lit, on ferme l’espace social de l’entité malade-soignant jusqu’alors “ouvert”, consenti, plus ou moins standardisé. L’épaisseur du silence qui entoure ces fermetures demeure un mystère.

Flux tendu et tolérance zéro

Je relie ces interrogations à quelques faits marquant la charnière du millénaire en France : on brandit les chiffres annonçant la baisse du chômage, mais la souffrance liée au travail et au non travail continue de se développer (emploi précaire et temps partiel, flexibilité au sein des entreprises,

(suite p. 8)

Subjectivité, travail et exclusion (suite)

démarche sont rassemblés dans une discipline spécifique : la psychodynamique et la psycho-pathologie du travail. (cf Revue *Travailler*. Martin Média Editeur).

Du côté du monde de l’exclusion, la démarche est encore plus difficile. Comment s’organise-t-on, comment s’adapte-t-on dans le monde des terrains vagues, des sous-sols et des parkings des immeubles, dans les “squats” ? Quelles sont les ressources psychiques, affectives et cognitives qu’il faut y mobiliser ? Cette fois ce sont les sociologues qui nous apprennent, par leurs enquêtes parfois admirables, comment sont construits les “espaces intermédiaires” (entre les deux mondes), comment on invente de nouvelles pratiques de sociabilité, de concurrence, de rivalité et de... travail ! Car ces lieux sont aussi des espaces d’apprentissages sociaux et professionnels spécifiques qui peuvent être réinvestis dans des emplois techniques et commerciaux, de façon extrêmement efficace. Ainsi peuvent être mis en évidence des marchés parallèles ainsi qu’une poro-

sité entre les deux mondes, beaucoup plus importante que ce que supposent les théories spontanées de la société. (cf Roulleau-Berger). Entre les deux mondes encore, la précarité, qui ne cesse de s’étendre et vers laquelle se fera la prochaine vague de création d’emplois (B. Appay).

Revisiter le rapport du normal et du pathologique

Qu’attend-on des soignants dans le domaine de la psychopathologie ? D’abord qu’ils soient capables d’entendre ce que les malades racontent de leurs espoirs, de leurs efforts et de leurs échecs, de leurs normes et de leurs valeurs, et de leur monde vécu. N’ayant pas de ce monde une expérience directe, les soignants pourraient outiller leur curiosité et affiner leur sensibilité en assimilant les connaissances scientifiques mises à disposition par les sociologues et les psychopathologues du travail. Ensuite qu’ils reconnaissent qu’il s’agit d’une psychopathologie nouvelle qu’on ne peut pas analyser avec les seules références aux classiques de la

psychanalyse et de la psychiatrie, et qu’ils organisent à leur tour une véritable recherche clinique sur les rapports normal/pathologique dans le contexte du néolibéralisme. Cette recherche manque terriblement, de sorte que les politiques publiques sont, en ce domaine, condamnées à l’irrationalité.

Que, dépositaires d’une expérience clinique considérable sur la misère humaine contemporaine, ils la formalisent et la fassent systématiquement remonter dans l’espace public, à l’instar de ce qu’ont déjà entrepris les médecins du travail (Paroles de médecins du travail) en sorte de ne pas collaborer à la conspiration du silence et de l’ignorance qui fait bien trop l’affaire des technocrates.

Qu’ils prennent, enfin, l’initiative de séminaires et de rencontres cliniques et théoriques avec les médecins du travail, les ergonomes, les psychologues du travail et les travailleurs sociaux qui oeuvrent dans le monde du travail, par lesquels ils sont vivement attendus. ■

Vers une clinique populaire ? (suite)

principalement imposés au personnel non qualifié et surtout aux femmes...), on se distingue aussi par la mortalité et morbidité liées aux consommations excessives d'alcool et de tabac, les tentatives de suicide et leurs récurrences et les suicides, les morts violentes... A ceci on peut ajouter, sans savoir où se situent causes et effets : désocialisations, perturbations des relations affectives, ruptures familiales, maltraitements à enfants, consommations banalisées de tous produits psychoactifs, pour tenir, s'adapter... La psychiatrie de secteur a forcément quelque chose à dire de cette sémiologie, elle en est atteinte aussi, traversée, comme l'est la société.

Si l'on cherche à distinguer ce qui régule, on s'aperçoit que ce sont les instruments gestionnaires de maîtrise (des dépenses, des pulsions, des déviations), tendance flux tendus et tolérance zéro, qui dominent : population hospitalisée en baisse, durée moyenne de séjour en baisse, population incarcérée en hausse; avec pour les mineurs, une augmentation des signalements et une judiciarisation des réponses. Désormais, on enferme les douleurs du monde hors des murs hospitaliers ; la prison, alors, pourrait devenir l'instrument pour les franges les plus vulnérables et dérangement de la population ? En 2000, c'est une donnée tangible du traitement de l'exclusion et de la pauvreté.

Et le secteur de psychiatrie dans tout ça ?

Ainsi, la prison comme réponse sociale pour ceux qui ne s'en sortent pas et font figure de menace pour la société s'insinue doucement. Le choix de la répression pour prévenir l'insécurité n'est pas le moindre des paradoxes, mais là n'est pas la question.

Si j'ai choisi d'évoquer la prison, figure de l'extrême, c'est pour réfléchir à la manière dont les acteurs du service public, sensés prévenir, éduquer, aider, soigner, in fine participent à cette évolution.

Les secteurs dans tout ça ? Remettons en perspective la population pour laquelle le secteur est interpellé. Il y a les malades mentaux et ceux qui souffrent sans être des malades et qui, à terme, peuvent "tomber" malades. Ce qui relie ce monde c'est, à des degrés divers, la souffrance.

La réponse qui consiste à séparer soigneusement ceux qui relèvent du secteur, des autres, semble s'installer. Ce tri s'opère au nom de la surcharge de travail et du refus de psychiatriser le social.

Alors, en se tenant à l'écart de ceux qui ne sont pas considérés comme relevant du secteur, la psychiatrie publique se détourne aussi bien des sujets souffrants que des autres acteurs du système : travailleurs sociaux, bailleurs, employeurs, insérents et décideurs divers, dont les élus. C'est assez cocasse d'entendre de façon récurrente "ça n'est pas pour nous". Il faut savoir que la scène se transforme alors en théâtre de la cruauté, autour de ceux qui sont les plus fragiles, des dynamiques peuvent s'enclencher vers le pire : passages à l'acte, expulsions, séparations, placements, incarcération.

Cette crispation de certains professionnels tient peut-être à une question théorico-clinique. Je tenterai une explication : la crainte, pour les soignants, d'être instrumentalisés dans un projet politique, où l'éducatif et l'adaptation remplaceraient le soin. Pointe, entre autres, le conflit entre sciences cognitives et psychanalyse. Il s'agit de questions essentielles, débattues largement à l'université. A

suivre donc. Mais, pour l'heure, il semble injuste que les points de vue qui s'opposent théoriquement se traduisent par l'impossibilité de s'engager avec d'autres intervenants, hic et nunc. Car la vie s'appréhende ici et maintenant pour ceux qui souffrent. Puisque j'ai le plaisir d'accompagner les premiers pas de Rhizome, je me réjouis à l'avance des expériences, débats, confrontations qui vont dans le sens de cet engagement et seront valorisés tout au long des numéros à venir. ■

BIBLIOGRAPHIE

- Bernard Doray, L'inhumain ou le cannibalisme guerrier à l'ère néolibérale, La Dispute, Paris, 2000, p.16

RHIZOME est un bulletin national trimestriel édité par l'Observatoire Régional sur la Souffrance Psychique En Rapport avec l'Exclusion (ORSPERE) avec le soutien de la Direction de l'Action sociale

Directeur de publication : Jean FURTOS

Secrétaire de rédaction : Claudine BASSINI

Comité de rédaction restreint :

Guy ARDIET ; Claudine BASSINI ; Philippe DAVEZIES ; Jean FURTOS ; Christian LAVAL ; Jean PERRET

Comité de rédaction :

- Guy ARDIET, psychiatre (St Cyr au Mont d'Or)
- Pierre BELMANT, Fnars (Paris)
- Marie Dominique BENEVENT, CRACIP (Lyon)
- Jean-Paul CARASCO, infirmier (St Maurice)
- Jean DALERY, prof. de psychiatrie (Univ. Lyon 1)
- Philippe DAVEZIES, enseignant, chercheur en médecine du travail (Univ. Lyon 1)
- Jean FURTOS, psychiatre, Orspere
- Marie GILOOTS, pédopsychiatre (Vénissieux)
- Jean-François GOLSE, psychiatre (Picauville)
- Jalil LAHLOU, psychiatre, Orspere
- Christian LAVAL, sociologue, Orspere
- Antoine LAZARUS, prof. santé publique (Bobigny)
- Marc LIVET, cadre infirmier (Paris)
- Jean MAISONDIEU, psychiatre (Poissy)
- Jean-Pierre MARTIN, psychiatre (Paris)
- Alain MERCUEL, psychiatre (Paris)
- Michel MINARD, psychiatre (Dax)
- Gladys MONDIERE, psychologue (Lille)
- Pierre MORCELLET, psychiatre (Marseille)
- Christian MULLER, psychiatre (Lille)
- Jean PERRET, directeur SMC (Villeurbanne)
- Eric PIEL, psychiatre (Paris)
- Olivier QUEROUIL, CT Santé DAS-DIRMI.
- et
- Chantal FEMINIE, journaliste, Pleins Titres (Lyon)

Contact rédaction :

Claudine BASSINI - Tél. 04 37 91 54 60
Valérie BATTACHE - Tél. 04 37 91 53 90



CH Le Vinatier,
95, Bd Pinel
69677 Bron Cedex
Tél. 04 37 91 53 90
Fax 04 37 91 53 92
E-mail : orspere@ch-le-vinatier.fr

Impression et conception : MEDCOM
(Lyon) - Tél. 04 72 78 01 33

ISSN en cours