

Bulletin national santé mentale et précarité

La psychiatrie publique en questions

3^{ème} volet : Au milieu du gué

édito

Jean-Pierre MARTIN
Jean FURTOS

La psychiatrie de secteur a beaucoup travaillé et beaucoup produit ; pour autant, dans le meilleur des cas, elle est “ au milieu du gué ” selon l’heureuse expression de Patrick Chaltiel et Guy Baillon, et ne doit pas y rester.

Dans ce troisième et dernier numéro du triptyque sur “ la psychiatrie publique en questions ”, les contributions qu’on pourra lire, étonnamment engagées, amènent des exigences éthiques, techniques, théoriques, politiques ; elles expriment parfois des “ coups de cœur ”, suggérant fortement que la psychiatrie est bien “ notre affaire à tous ”, usagers, familles de patients, administrations, praticiens et chercheurs du dehors et du dedans de la psychiatrie, élus locaux (souvent cités).

Ces coups de cœur surgissent dans un climat incertain. Le mouvement historique de désaliénation a rencontré le risque de la santé conçue comme une marchandise néolibérale, couplée au paradigme du moindre coût du service public ; les “ restructurations ” sanitaires ont renforcé la crise des références théoriques du soin et souvent altéré la finalité du mouvement de désinstitutionalisation initialement prévu.

C’est pourquoi nous avons besoin de réflexion, d’actions concrètes, d’actes politiques forts pour résister à la désespérance et aux velléités de démission qui traversent les professionnels de la psychiatrie, et sans doute beaucoup d’autres.

Dans ce contexte, le comité de rédaction de Rhizome n’a en aucune manière visé à une contribution expertale définitive ; bien plutôt, en fin de dossier, il propose une mise à jour des CHANTIERS en cours de la psychiatrie, ces lieux de désordre, de tensions et d’émergence à travailler collectivement ; pour qu’évolue en profondeur l’outil de soin en faveur des patients/usagers et de la communauté sociale.

C’est le vœux que nous formulons pour tous nos lecteurs, à l’aube de l’année 2003 : une année de saines confrontations, créative, qui aide à supporter une temporalité éminemment conflictuelle et à choisir les bons chantiers, créer les bonnes alliances, faire du bon travail.



Au sommaire

RHIZOME est téléchargeable sur le Web : www.ch-le-vinatier.fr/orspere

DOSSIER

Pour une psychiatrie au service du public <i>Hélène STROHL</i>	p. 2	Non à l'exclusion, Oui aux soins <i>Jean-Luc ROELANDT</i>	p. 9
A mi-parcours <i>Patrick CHALTIEL, Guy BAILLON</i>	p. 3	Psychiatrie publique et réseaux de santé mentale <i>Pierre LARCHER</i>	p. 10
Dépasser ce qui reste encore marqué du sceau de la malédiction <i>Pierre BAUD</i>	p. 4	Contrat médical et psychiatrie : quel modèle selon la loi ? <i>Pauline RHENTER</i>	p. 11
Vivre avec notre maladie <i>Dominique LAURENT</i>	p. 5	La psychiatrie publique en chantiers <i>Le Comité de Rédaction de Rhizome</i>	p. 12 et 13
Fondamentaux de la santé mentale et pratiques éducatives <i>Patrick Alecian</i>	p. 6	RUBRIQUES	
Chantiers et enjeux de la pédopsychiatrie <i>Nicole GARRET-GLOANEC, Yves GLOANEC</i>	p. 7 et 9	LA PAROLE EST À VOUS	p. 13
La pédopsychiatrie aujourd'hui et demain <i>Pierre DELION</i>	p. 8	LE COIN DU CLINICIEN	p. 14
		SUR LE TERRAIN DES PRATIQUES	p. 15
		ACTUALITES	p. 16

Pour une psychiatrie au service du public

Rhizome, dont je suis avec intérêt les travaux, me demande un papier sur « Psychiatrie et service public, ou quel avenir pour la psychiatrie publique ou pourquoi une psychiatrie de service public ? »

Hélène STROHL

Inspectrice Générale des Affaires Sociales (IGAS)

La première question à poser est celle de la légitimité, la mienne, à aborder cette question.

Elle est faible et subjective.

Faible, car hormis deux rapports¹, j'ai peu travaillé sur la psychiatrie. Subjective, car pour moi la psychiatrie est un des domaines que je ne sais pas aborder autrement que d'une manière affective et passionnée. Il me semble que de tous les problèmes que rencontrent les usagers, il nous faut dire, si nous voulons défendre un vrai service public, qu'ils pourraient être les nôtres. Mais de la psychiatrie, nous devons dire que *c'est* notre problème. Il me semble que les malades mentaux disent, à leur manière, par leurs souffrances et leurs excès, quelque chose de l'étrangeté dont chacun de nous est porteur et qu'il est nécessaire de partager pour que la société dans son ensemble fonctionne.

On voit donc que je développerai sur ce sujet un point de vue subjectif et qui n'engage que mon expérience professionnelle et personnelle de la chose.

Je n'aurais que quelques pistes de discussion à avancer sur le sujet du service public de la psychiatrie et ce autour de deux idées : que valent les grands principes du service public en efficacité pour la prise en charge des malades mentaux aujourd'hui ; que serait un service public, véritablement au service du public ?

Égalité, neutralité, gratuité sont en quelque sorte les piliers du service public. Sont-ils applicables encore à la psychiatrie ?

De l'égalité, je dirais que si elle est

gagée d'une accessibilité de tous à des soins de qualité, on ne peut que la prôner. En revanche, si elle tend à occulter le débat nécessaire sur la spécificité de la maladie mentale, sur la nécessaire prise en compte de symptômes tels le déni de la maladie, le refus de soins, le fait que les personnes souffrent d'altérations momentanées de leurs facultés de discernement, cette égalité sera une homogénéisation, une globalisation nocive à terme aux malades eux-mêmes. Je pense que souvent les malades ont plus besoin d'être entendus comme ils sont, avec leurs besoins de soins et d'accompagnement, que d'être couverts de discours lénifiants sur leur citoyenneté.

De la neutralité, je dirais qu'au fond, de l'extérieur, il apparaît qu'en psychiatrie, plusieurs écoles, plusieurs approches coexistent et qu'il importe sans doute plus de conserver cet aspect contradictoire des choses que de prôner une *via recta* efficace pour la moyenne, mais impuissante dans les nombreux cas particuliers qui font la clinique psychiatrique.

De la gratuité, il faut sans doute se demander ce qui est gratuit, la consultation, certes, mais quand les délais d'attente sont de quatre mois, n'y a-t-il pas médecine à deux vitesses, l'hospitalisation, mais quand l'abattement de l'AAH empêche le malade de conserver une possibilité de réinsertion, n'est ce pas problématique ? Plus fondamentalement, qu'en est-il de l'accessibilité pour les plus pauvres à une psychiatrie de qualité, quand celle-ci se réduit aux soins, et que tout le reste est à la charge des malades et de leurs familles* ?

Trop souvent la gratuité justifie le misérabilisme, voire une certaine inertie des institutions, quand elle ne participe pas à la mauvaise estime de soi des malades.

Service public, service du public disais-je.

Il me semble qu'au contraire de la tradition française du service public, objectif, neutre, technocrate un brin, un service du public, en psychiatrie, doit résolument risquer une approche communautaire.

Non pas au sens ethnique et restrictif du terme, mais en pensant à l'intégration des malades. **Trop souvent on a supprimé les lits en psychiatrie, au nom de l'intégration des malades dans la cité, mais une cité abstraite, une cité de papier.** Or les malades vivent au jour le jour : ils sont souvent isolés, dans des logements sociaux solvabilisés grâce à l'APL, mais renvoyés à la solitude la plus extrême. L'accompagnement psychiatrique, s'il doit se substituer à l'hospitalisation, ne peut être qu'extrêmement dense et donc coûteux.

Il faut ne pas avoir vu de malades pour imaginer qu'il faudrait moins de monde pour s'occuper d'eux en milieu ouvert qu'en milieu fermé.

Il faut aussi être singulièrement sourd aux souffrances qu'on voit surgir partout, dans la ville, dans le métro, de ces personnes errantes et délirantes, aux corps mutilés, pour affirmer qu'en tous les cas la désinstitutionnalisation se justifie et pour suggérer, à l'inverse, que l'accueil s'apparente à la chronicisation et à l'assistance, notions péjoratives.

Un service public de la psychiatrie devrait s'attacher à inventer des lieux de vie, des espaces transitionnels (Declerck), des formes de solidarité nouvelles. Il devrait aussi renoncer aux solutions artificielles telles l'intégration professionnelle de personnes très éloignées du monde du travail au profit de la promotion d'activités thérapeutiques et dynamisantes. ■

BIBLIOGRAPHIE :

¹ - Rapport du Groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990 - Rapport H. Strohl - A. Lazarus « Une souffrance qu'on ne peut plus cacher » DIV-DIRMI, 1995

* C'est à dire que la famille doit assurer la scolarisation chaotique d'un adolescent malade, hospitalisé ou non ; qu'elle doit aider le malade adulte sinon à se procurer un logement, du moins à assurer ses projets de loisirs, d'activité, de vacances ; en d'autres termes, l'aspect hébergement, occupation, socialisation qui était pris en charge d'une certaine manière à l'hôpital ne l'est plus forcément quand les soins ambulatoires laissent aux malades de larges tranches de temps à leur libre disposition ; on pourrait citer cet aphorisme chinois : « L'ennui c'est le besoin que quelqu'un vous prenne par la main ».

A mi-parcours

Nous avons demandé à Guy Baillon et Patrick Chaltiel de reproduire tel quel l'argumentaire de la journée de secteur organisée aux Pavillons-Sous-Bois le 15 novembre 2002 sur «*Souffrance Psychique, Santé Mentale et Psychiatrie*». Cet argumentaire a le grand mérite de ne pas oublier tout ce qui a été fait dans le cadre de la psychiatrie de secteur et de pointer les enjeux d'avenir.

Patrick CHALTIEL

*Chef de Service
Secteur de Bondy et des
Pavillons-Sous-Bois.*

«**Qui trop embrasse mal étreint**» : c'est le proverbe qui pourrait venir à l'esprit devant un tel programme, pour une seule journée de travail.

Des notions aussi complexes que : souffrance psychique, santé mentale, précarité, handicap, violence... nécessiteraient, chacune, plusieurs semaines de travaux pour en définir les contours et les interactions. Aussi, bien sûr, ne saurait-il être question ici d'en épuiser les implications, mais bien plutôt d'inaugurer, au cours de nos échanges, un chantier de refondation de nos pratiques en psychiatrie publique ; une déconstruction (au sens promu par Derrida) qui nous donne des perspectives assez larges et lointaines pour ressourcer notre élan d'utopie, d'idéal, d'objectifs à long terme que nombre de nos «pères fondateurs» se lamentent de ne plus retrouver.

Au fur et à mesure que la réalisation des premiers idéaux (proximité, accessibilité, déstigmatisation, intégration, continuité, contextualité) s'inscrit dans les faits (pour un quart de la psychiatrie publique française) ou fait l'objet d'un renoncement découragé (partiel ou total, pour les trois quarts de nos collègues, malmenés par les pénuries structurelles, conjoncturelles... ou encore, par les rationnements comptables de certaines politiques, désastreuses par leurs visées démagogiques à court terme) apparaît un désenchantement, une carence d'idéal, de rêve, de créativité, comme un «burn-out».

Il nous faut démentir ces tendances et montrer que la psychiatrie

de secteur ne restera pas au milieu du gué, en se reposant passivement sur ses fragiles acquis, mais, au contraire, que nous avons bien saisi la leçon du dernier demi-siècle.

L'humanisme psychiatrique, héritage de la révolution française, témoin précieux de la bonne santé de toute démocratie, ne peut exister que dans la conjonction :

- d'un désir soignant tenace, opiniâtre, combatif, source d'inventivité toujours renouvelée,
- d'un soutien administratif qui refuse de se borner à des régulations tatillonnes ou à des compatibilités castratrices,
- d'un courage politique local, régional, national qui exhorte sans relâche à la tolérance, au refus de l'exclusion, à la citoyenneté pour tous et, en particulier, pour les plus fragiles et les plus démunis.

Nous avons la chance et le privilège, sur notre secteur de Bondy et des Pavillons-Sous-Bois, d'avoir pu bénéficier de cette conjonction et d'avoir ainsi réalisé la moitié du parcours. Fini, chez nous, le «grand enfermement», l'exil asilaire, l'oubli qui conduit à la mort psychique aussi sûrement que le massacre odieux des «misfits» pratiqué par la barbarie nazie.

Pour autant, nous ne sommes aucunement à l'abri d'un recul massif et rapide de ce considérable progrès humain, si, par négligence, nous baissions notre garde en nous contentant de gérer le présent sans penser l'avenir.

Trop de terrains demeurent minés, mouvants, trop de fonda-

tions superficielles et incertaines, trop d'architectures ambitieuses menacées, en l'absence d'une véritable politique de santé mentale contextuelle et intégrative.

Nos quatre thèmes en constituent quatre piliers essentiels :

- «La parole des usagers et des familles» : elle doit être reconnue dans sa valeur de vérité, de bon sens, d'intelligence, de compétence, de savoir, que n'excluent ni la maladie, et son cortège de méconnaissances, ni la souffrance et son cortège d'isolement.
- «La juste place d'un soin psychiatrique» au sein d'un ensemble plus vaste de Santé Publique qui implique à titre égal : l'habitat, la culture, l'urbanisme, les conditions de vie, l'emploi, la solidarité sociale,...
- La reconnaissance et la compensation (actuellement rudimentaires) des conséquences de souffrances sévères sur la capacité d'autonomie et de relations de ceux qui en ont pâti. La prise en compte par la société tout entière (et non pas seulement par la psychiatrie) de ces nécessités vitales.
- Le positionnement adéquat de la psychiatrie face aux sollicitations auxquelles elle est soumise de régulation de la violence sociale, du fait de son savoir et de ses compétences en matière de violence clinique.

Tout ceci doit nous conduire à poser les bases d'un conseil local de santé, qui, à l'échelle humaine de nos communes, soutienne et renforce dans la durée, les partenariats nécessaires à la réalisation concrète de ces objectifs. ■



Dépasser ce qui reste encore marqué du sceau de la malédiction

Les familles et les malades sont de plus en plus informés des progrès de la médecine dans le domaine de la psychiatrie, ils en attendent le soulagement de leurs souffrances et une aide pour retrouver une place normale dans la société.

Docteur Pierre BAUD
Responsable UNAFAM,
délégation de la Drôme.

UNION NATIONALE
DES AMIS ET FAMILLES
DE MALADES MENTAUX
12, Villa Compoint
75017 Paris
Tél. 01 53 06 30 43
Association représentée
dans chaque département
par des délégations.
L'UNAFAM publie
une revue mensuelle :
« Un autre regard »

Dans la détresse qui est la leur, lors de l'apparition de la maladie, le malade et sa famille souhaitent l'écoute la plus attentive possible.

Le malade et son entourage ont affronté la maladie depuis des semaines, voire des mois, avant de se résoudre à consulter le milieu psychiatrique, milieu encore marqué du sceau de la malédiction.

Cette écoute devrait aboutir dans les meilleurs délais à un avis donné en termes clairs à l'intéressé et à sa famille. Il est regrettable que dès l'admission, du fait de l'âge légalement adulte du patient, l'entourage soit parfois écarté alors qu'il va être mis à contribution tout au long de la maladie.

Nous souhaitons que l'hospitalisation permette :

- de donner un diagnostic, un pronostic et un traitement, et de faire participer le malade et son entourage. Malade et entourage doivent partager avec les soignants leurs craintes, leurs hésitations, leurs incertitudes, leurs espoirs ...

- de mettre en place, dès l'entrée du malade à l'hôpital, une équipe d'accompagnement où la famille puisse avoir sa place. Cette équipe aidera le malade à connaître les mécanismes de la maladie, à apprendre à vivre avec elle, à la maîtriser au mieux ... pour construire sa vie. La famille est essentielle dans cet accompagnement aux côtés d'une équipe pluridisci-

plinaire qui devra être formée avec l'aide des médecins hospitaliers.

- de préparer une sortie qui ne soit ni trop précipitée (les deux points précédents demandant au minimum quatre à six semaines), ni trop tardive (l'hôpital devient facilement un refuge pour le malade et l'entourage, quelle que soit la qualité de son « hôtellerie »!).

La sortie ne peut se faire qu'avec le concours des soignants et de toute l'équipe d'accompagnement. Cette équipe préparera le retour en milieu ordinaire ou protégé selon l'évolution de la maladie, en prévoyant : un logement, un travail, un projet de vie, adaptés à l'autonomie retrouvée. Actuellement l'absence fréquente de cette équipe d'accompagnement qui prépare à la sortie de l'hôpital, paralyse le fonctionnement hospitalier normal. Bien souvent les malades restent à l'hôpital dans l'attente d'un lieu d'hébergement adapté ou sont rendus à leur famille désemparée, sans projet d'accompagnement et de réinsertion.

L'aide à apporter à la famille doit donc être prise en compte, lors de l'hospitalisation de son enfant, même majeur. Aider à surmonter le drame que représente l'apparition de la maladie dans la famille nous paraît être du ressort du service hospitalier accueillant le malade.

La famille est désarmée par l'apparition en son sein de la maladie. Cela conduit bien souvent à l'éclatement et à la dispersion de la cellule familiale.

Cette aide nécessaire doit permettre à la famille de dépasser la peur, l'ignorance et lui faire percevoir la possibilité d'avoir un rôle actif dans l'accompagnement du malade mental.

Il nous paraît important que la démarche tendant à rapprocher les hôpitaux psychiatriques des hôpitaux généraux soit plus rapidement réalisée, afin que la psychiatrie entre dans les faits, comme une spécialité médicale comme une autre.

Ce rapprochement permettra que la prise en charge de nombre de malades ne soit retardée par la crainte de l'asile psychiatrique d'un autre siècle.

Ce rapprochement préviendra mieux nombre d'accidents psychiatriques, dont le suicide n'est pas le moindre.

La mise en place d'un accompagnement dès l'hospitalisation diminuera les rechutes et facilitera la réinsertion socioprofessionnelle. Cet accompagnement doit se réaliser dans une étroite collaboration entre les soignants, les travailleurs sociaux, les organismes d'insertion et dans la mesure du possible les familles. Des expériences encore trop ponctuelles prouvent que le traitement des maladies mentales graves nécessite un tel dispositif pour réduire au maximum les risques de chronicité. ■



Vivre avec notre maladie

Les patients de la psychiatrie se regroupent de plus en plus en associations. Ils unissent leurs compétences, leurs talents souvent insoupçonnés.

Dominique LAURENT
Présidente de
l'Association
Destination Avenir

DESTINATION AVENIR
Résidence des
Micocouliers
Impasse M. Jasse
66700 Argelès-sur-Mer
Tél. 06 18 44 72 65
Web : destinationavenir
@net-up.com

* Fédération nationale des
associations de patients
et ex-patients de psychiatrie.
24, rue de Maubeuge
75009 Paris
Tel 01 45 26 08 37



Je vais vous parler d'une association d'usagers de la psychiatrie dont les pratiques pourraient servir de réflexion sur une psychiatrie à venir, c'est à dire un relais fait par des malades stabilisés recevant, échangeant, partageant leurs souffrances, leurs difficultés, leur mal-être, mais aussi leur formidable amour et grandeur de cœur sans lesquels aucune entreprise, quelle qu'elle soit, ne peut fonctionner.

Je suis une personne que l'on nomme " pudiquement " usager de la psychiatrie. En fait, cela fait maintenant plus de vingt ans que je côtoie les structures de la psychiatrie. J'ai connu les longs séjours et les portes fermées. Mais à cette époque j'ai rencontré un médecin psychiatre qui me proposait un séjour court (pas plus d'une dizaine de jours) dans un hôpital général de la région. C'était en Saône-et-Loire et le médecin s'appelait le Docteur Jakubowicz. Je constate que j'ai bénéficié d'une formidable chance et que cela était rare. Je connais toujours la souffrance psychique et la difficulté de vivre avec la dévalorisation de soi. J'ai rencontré aussi d'autres personnes souffrant comme moi.

Ce long parcours m'a conduit à Argelès-sur-Mer où je suis présidente d'une association de personnes en souffrance psychique (toute pathologie confondue) que nous avons baptisée : Destination Avenir.

Nous possédons un atelier théâtral, un atelier d'arts plastiques, un atelier d'écriture et pratiquons des activités sportives : aquagym, tennis, randonnée. Nous utilisons notre potentiel, nos qualités, nos compétences,

car il y a en chacun de nous des possibilités à exploiter.

L'intérêt de notre structure est qu'elle se situe dans la cité. Nous exerçons notre art en oubliant notre particularité. Nous vivons avec nos difficultés comportementales en faisant accepter ces dérangements par notre environnement.

Nous diffusons nos créations lors de rencontres amateurs, sans faire état de notre " étiquette " de malades mentaux. Ainsi, nous médiatisons et faisons connaître ces maladies un peu " folles " sous des aspects non diaboliques.

Le plaisir partagé dans notre travail artistique ou sportif nous permet d'avoir un regard moins négatif sur nous-mêmes et grâce à nos responsabilités au sein d'un travail de groupe, nous prenons davantage en main notre maladie. En effet, la personne se trouve revalorisée et dans cette confiance retrouvée se gère mieux. Elle est enfin acteur et même auteur de sa vie.

En vivant au milieu de nos amis, au cœur de notre ville, en citoyen et non plus en personne souffrante, nous nous donnons plus de chance pour stabiliser notre état, malgré nos fragilités. Cette solidarité, cet échange, cette bienveillance à l'égard d'un autre malade transforment notre quotidien.

Nous sommes souvent sans activité professionnelle, soit parce que nous avons été classés " invalide ", soit parce que les années de soins n'ont laissé aucune place aux études ou au travail, et nous avons ainsi perdu nos compétences professionnelles.

Grâce à nos ateliers, nous vivons notre maladie à travers des journées bien remplies sans cette impression d'oisiveté qui amplifie le mal-être et la notion négative que nous ressentons de ne rien pouvoir faire.

Nous avons des projets, des rendez-vous auxquels nous nous rendons sans contrainte (alors que notre nature fait qu'il est dif-

ficile d'entreprendre notre journée) ; notre vie se transforme et notre maladie reste en sommeil. Ceci est un témoignage d'alternatives, des perspectives, des solutions nouvelles à apporter au système de santé car la première chose souhaitée par tous les usagers, c'est sortir de l'hôpital, retrouver une autonomie et une certaine liberté.

A l'association Destination Avenir, les adhérents sont des patients des CMP, CATTP, et Hôpitaux de jours. Nous sommes partenaires et nous accueillons dans nos ateliers les personnes qui fréquentent ces structures.

Notre association fonctionne bien et notre expérience devrait se multiplier car le travail fait ensemble (malades, association et soignants) porte ses fruits. Des associations d'usagers ont trouvé un certain intérêt à se rencontrer au niveau national, ce qui leur permet de découvrir d'autres expériences, d'échanger des connaissances, pour un enrichissement mutuel. Certaines sont fédérées à la Fnap-Psy*.

Toutefois, je tiens à signaler un danger : nous devons toujours être attentifs à ne pas recréer des rapports hiérarchiques de pouvoir, de paternalisme etc., et nous ne devons pas confisquer la parole de nos usagers les plus timides, les plus introvertis. Nous devons fonctionner à l'humain, et nous sentir le plus humble possible.

Le risque de dérive, de manipulation qui existe déjà dans toute association est également présent, voire plus encore, dans notre association où les personnes sont très vulnérables.

Et cela serait lamentable si les usagers ne se retrouvaient pas en toute confiance car il ne faudrait pas que certains en fassent souffrir d'autres.

Et ça, hélas, c'est la vie... ■

Fondamentaux de la santé mentale et pratiques éducatives

Patrick ALECIAN

Psychiatre,
Chargé de mission auprès
du Directeur de la
Protection Judiciaire de la
Jeunesse (PJJ)

Chargé de mission pendant 7 ans auprès du Directeur de la Protection Judiciaire de la Jeunesse et au jour où je quitte mes fonctions au Ministère de la Justice, je veux dire ce que m'ont apporté ensemble la chaîne des enfants sous main de justice, les éducateurs de la PJJ, des psychologues et psychiatres qui ont accompagné mes travaux et les trois sociologues (Ch. Laval, H. Lagrange et C. Delcroix) qui m'en ont offert la trame. Je veux dire encore que cette mission a alterné entre les couloirs des ministères et les sites où sont reçus nos enfants de France quand ils sont portés par cette main qui protège et sanctionne à la fois : centres d'accueil, lieux de vie, hôpitaux, foyers, quartiers de mineurs, familles d'accueil ou studios. Je veux dire enfin que je sais... parler au moment où le malaise dans la culture continue à attaquer le sujet en profondeur, et dès son plus jeune âge voire même avant sa conception ! Ces enfants là nous révèlent ce que sont : instrumentalisation, réification, séduction, emprise, abandon, insécurité, souffrance, violence pour ne pas dire survie. La négation, sans être celle du syndrome de Cottard est à l'œuvre dans l'impensable, l'impossible à "psychiser" et l'absence d'empathie. L'autisme n'est certes pas là en tant que tel. La psychose et la schizophrénie y sont plus souvent présentes, sourdes ou laissant aveugles les professionnels que nous sommes tout en creusant les interstices des ravages futurs d'une adolescence déviée y troublant alors l'individuation et la relation à l'environnement. La douleur morale et le sentiment d'indignité sont fondus dans une culture de l'illusion et Soeur Emmanuelle, après avoir vécu avec les pauvres et les criminels d'Orient près des tas d'immondices, est donc apparue sur les écrans d'Occident nous amenant

par cet acte à réfléchir sur nos propres immondices, offrant alors le miroir de notre tragédie. Quand elle dit à l'animateur un instant authentique : "mon pauvre...", c'est à nous qu'elle s'adresse par un dialogue sur nos errances. En dehors de cet acte de foi, n'y aurait-il pas d'autres creusets pour penser la destinée de la condition humaine et ce qu'en annonce A. Malraux ? La psychiatrie française et la psychanalyse dans les fondements généreux de leurs naissances et mariages vont-elles pouvoir aider à adopter cette enfance qui les côtoie et joue dangereusement à leur porte ?

Dans le rapport que j'ai remis à la direction de la PJJ intitulé « Propositions cliniques pour les mineurs auteurs de violences ou d'agressions » je pose les conditions nécessaires à cette adoption, qui me semblent être les possibilités de relier ces enfants à la vie et les écarter de leur mort précoce annoncée, en passant par ceux qui contiennent au jour le jour leur histoire : les éducateurs et autres professionnels de proximité. **Je dénomme ces conditions des "substrats" du fait qu'ils sous-tendent l'ensemble des pratiques éducatives qu'elles relèvent de la justice, des soins et encore du secteur social.** Qui plus est, j'attribue à ces substrats les qualités nécessaires à des pratiques éducatives de santé mentale (nous y voilà...), car elles sont en articulation avec la réalité psychique du sujet.

Ce corpus est organisé pour l'instant en huit points organisateurs d'enjeux différents :

1. La conflictualité est une raison mais aussi une condition nécessaire au travail éducatif et clinique. Il s'agit ici de confirmer la réalité psychique avec toutes ses tensions contradictoires et son interaction permanente à la sociogénèse ;

2. La continuité des pensées est une condition nécessaire pour élaborer les réponses aux risques spécifiques de l'enfant au moment de son adolescence. Son creuset et le contenant de pensée (A. Gibello, P.C. Racamier, D. Houzel), à savoir ce qui chez l'adulte sera à l'oeuvre dans une « secondarisation » pour aider à « psychiser » et dénouer des problématiques que l'adolescent n'arrive pas à vivre autrement que par l'agir et la répétition ;

3. La fonction éducative est une fonction de passage dans une période à haut risque psychique qu'est l'adolescence. L'éducateur est un passeur ;

4. Il est nécessaire de savoir reconnaître autour des enfants et adolescents les troubles à expression supra individuelle ;

5. La destructivité est présente dans le genre humain avec un potentiel élevé déjà au moment de l'enfance et de l'adolescence ;

6. Les troubles à évolutions compliquées nécessitent des environnements professionnels interdisciplinaires qui soient de ce fait outillés des moyens du diagnostic sur leurs propres fonctionnements et réflexivités face aux troubles des enfants ;

7. Les troubles complexes des enfants et adolescents sont associés à des troubles chez les parents, causes ou conséquences de ces troubles. Une guidance doit être mise systématiquement en place pour les parents de ces enfants, qu'il s'agisse de préserver les liens ou de les éloigner ;

8. Tous les professionnels de proximité de l'enfance en danger ou de l'enfance délinquante doivent bénéficier d'un appui sur un socle commun dès la formation initiale et dans la formation continue. Il s'agit de légitimer un langage commun pour un travail interdisciplinaire. ■

Chantiers et enjeux de la pédopsychiatrie

La dernière circulaire consacrée entièrement à la psychiatrie infanto-juvénile fut celle du 11 décembre 1992, relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents.

Nicole GARRET-GLOANEC

Yves GLOANEC

Pédopsychiatres

Secteur 2 de Psychiatrie

infanto-juvénile

CHU de Nantes



Elle définissait cinq actions prioritaires et deux objectifs majeurs : mettre en œuvre des actions de prévention primaire, assurer la complémentarité entre dispositifs public et privé dans le domaine sanitaire et médico-social. Toutes les préconisations faites par cette circulaire s'appuyaient sur le secteur.

Dix ans après, le contenu de cette circulaire est toujours d'actualité. Les actions prioritaires (interventions dans la collectivité, prise en charge à temps partiel, maintien du soin à temps complet, promotion des actions partenariales) ont été suivies car déjà inscrites dans les pratiques. Par contre les deux objectifs majeurs restent des questions difficilement solubles. La prévention primaire n'a pas trouvé sa voie et la complémentarité bute aujourd'hui sur l'évolution du médico-social.

L'essor et le dynamisme de la pédopsychiatrie sont certainement liés aux moindres contraintes médico-légales subies en psychiatrie générale, même si les unités qui se créent pour les adolescents s'y confrontent à leur tour. Les particularités de l'enfant dont le psychisme est en constant remaniement stimulent « naturellement » la psychiatrie, l'obligent à des modifications constantes. L'enfance assouplit les représentations habituelles de la société face à la psychiatrie, atténue l'impact de la maladie mentale et favorise sa fréquentation. Le peu de lits d'hospitalisation complète (lié à la moindre pression médico-légale et au mouvement antipsychiatrique) a entraîné

l'installation de structures ambulatoires diversifiées et l'appui sur les autres institutions : scolaire, médico-sociale, PMI, ASE, judiciaire, culturelle et associative. La relance de la question de l'hospitalisation à temps complet devra, dans le contexte sécuritaire actuel, s'adosser à des définitions précises de sa fonction, son objet et son but.

En pédopsychiatrie, deux ondes de choc se sont rencontrées, d'une part la montée en force des associations de parents d'enfants autistes (suivies par d'autres), d'autre part l'effet de la fragmentation des soins sous la double pression de la volonté d'intégration et de l'augmentation des « files actives ». Cette conjonction des éléments est à l'origine du grand chantier actuel concernant la définition du soin. L'interrogation se portait jusqu'alors sur son contenant à travers la psychothérapie institutionnelle. Elle se déplace maintenant sur son contenu. Les parents, les professionnels nous questionnent sur la nature, sur la validité de nos thérapeutiques et de nos actions de soins. Ils exigent transparence, efficacité, rapidité. Ce débat est celui de la genèse de la maladie, de la psychopathologie, du diagnostic, des classifications, du handicap.

L'influence des associations de parents d'enfants autistes, dysphasiques, dyslexiques ou hyperkinétiques se ressent dans la création de centres de référence, de l'élaboration de protocoles et la mise en place de filières de soins dans lesquelles la pédopsychiatrie joue le rôle de prestataire de services. De manière un peu différente, tous les absents des associations, les enfants dysharmoniques, « limites », vivant dans des familles « vulnérables », souffrant des conséquences de carences, provoquent autour d'eux le développement de la sectorisa-

tion. Les professionnels portent ces enfants et travaillent réellement en réseau afin de tisser ces liens sans cesse attaqués.

Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile est adapté aux besoins de ces pathologies alors que sa fonction première était le soin à la psychose. Cet écartèlement vécu au sein de nos structures symbolise le conflit rémanent entre l'inné et l'acquis, le biologique et le social qui s'unissent et se divisent dans l'espace laissé ou non à la subjectivité. Par ailleurs, les secteurs se sont efforcés de répondre aux besoins des adolescents et à ceux des parents de très jeunes enfants. Ces périodes charnières de la vie transforment aussi nos fonctionnements et suscitent des modèles nouveaux : prise en compte de l'interaction, du transgénérationnel, de la notion de crise, appui sur un environnement plus varié et plus fluctuant.

Les chantiers actuels peuvent être classés en fonction de l'âge, de la pathologie, des actions et des structures. Nous nous partageons, suivant l'âge, entre les bébés, les enfants en phase de latence et les adolescents. Suivant les pathologies, nous nous confrontons aux syndromes définis sous la pression nord-américaine et à la psychopathologie si bien explicitée dans la classification française des troubles mentaux des enfants et des adolescents (CFTMEA), reflet de la cohérence théorico-clinique de la pédopsychiatrie. Suivant les actions, nous combinons la prévention, l'éducation pour la santé, les traitements « opératoires », médicamenteux, les psychothérapies... Suivant les structures, nous cherchons à maintenir la complémentarité et les liens entre les secteurs de pédopsychiatrie et les champs médico-sociaux, judiciaires, sociaux, scolaires.

La pédopsychiatrie aujourd'hui et demain

La pédopsychiatrie d'aujourd'hui et de demain est un creuset de « choses » formidables et passionnantes.

Pierre DELION

Praticien Hospitalier,
Chef de service,
secteur ouest de Psychiatrie
infanto-juvénile,
CH Ste Gemmes sur Loire

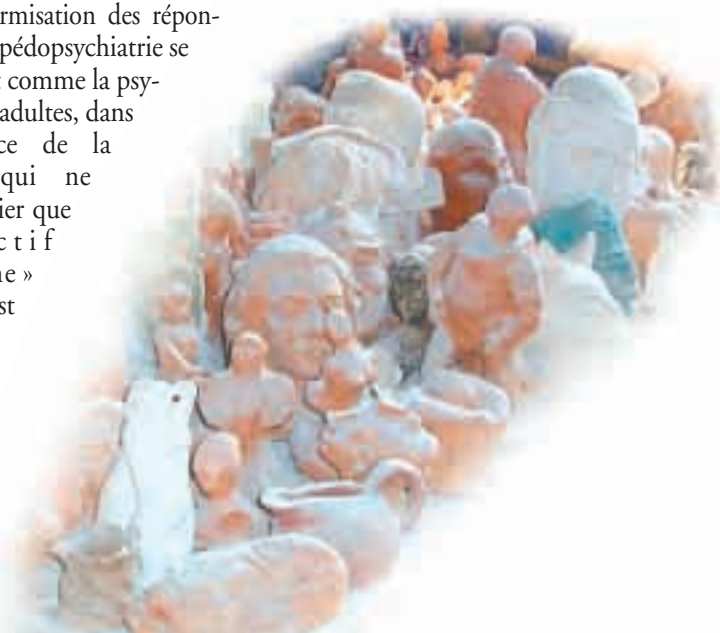
En effet, les avancées récentes en ce qui concerne cette discipline médicale singulière sont d'une grande portée sur les plans épistémologiques et anthropologiques, ce qui n'est pas sans intérêt non seulement pour les enfants et les adolescents eux-mêmes, mais aussi pour la société toute entière.

La pédopsychiatrie limite son champ à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Depuis peu, elle a introduit la notion de psychiatrie du bébé (B. Golse) puis celle de psychiatrie fœtale (M. Soulé, S. Missonnier), à la recherche d'expériences lui permettant d'inférer les hypothèses dont elle a besoin pour affiner les constructions théoriques qui lui servent dans les soins des enfants et des adolescents. Ce faisant il est rapidement apparu à ses inventeurs que les conséquences allaient bien au-delà de ces objectifs, donnant à ceux qui travaillaient directement avec les bébés, les mamans enceintes et leurs soignants, des éléments suffisamment décisifs pour qu'il soit maintenant communément admis que la pédopsychiatrie a une place déterminante dans ces spécialités de la médecine, au service plus ou moins direct de l'enfant lui-même. La périnatalité ne peut désormais plus être traitée sans qu'une référence soit faite à la place de la pédopsychiatrie. Les notions de bébés à risque, d'évitement relationnel du nourrisson (A. Carel), de pathologie psychosomatique du jeune enfant (L. Kreistler), sont désormais des entités cliniques à part entière dont les pédiatres ne devraient pas pouvoir se passer pour accueillir les bébés d'aujourd'hui. [...]

Si, dans les diverses occurrences de la pédopsychiatrie, les dispositifs pensés par les équipes qui les accueillent ont intégré progressivement les effets et les aléas de la parentalité, du transgénérationnel (S. Lebovici), ils ont également pris en compte d'autres éléments jusqu'alors considérés avec plus ou moins d'intérêt pour notre discipline ; c'est ainsi que les recherches récentes sur l'attachement, sur les prémisses du langage, sur la cognition, sur le transculturel, ont facilité une compréhension plus globale du développement de l'enfant ; de même, des travaux sur l'encéphale, sur le gène, ont pu nous permettre de penser des convergences, chacun dans nos sous-ensembles, entre psychopathologie et biologie (Edelman, Damasio, ...). Nous voyons alors aujourd'hui les nouvelles directions que vont prendre les recherches portant sur l'intégration de toutes ces données nouvelles sans pour autant en déduire que chacun des champs épistémologiques dont ils sont issus aurait à en perdre son âme. Dans le même mouvement, les résultats escomptés ne pourront qu'améliorer les conduites à tenir avec les enfants, à condition que la standardisation d'une certaine forme de pensée contemporaine n'aboutisse pas à une uniformisation des réponses ; car la pédopsychiatrie se situe, tout comme la psychiatrie d'adultes, dans un espace de la science qui ne peut oublier que l'adjectif « humaine » qui lui est nécessairement

apposé, ne diminue pas pour autant la rigueur nécessaire à son bon développement, même si, pour y parvenir, elle ne saurait se satisfaire du seul modèle des sciences dures.

Dans un monde contemporain qui comporte un accroissement des inégalités non seulement entre les plus riches et les plus pauvres des citoyens de nos pays, mais également entre les différents pays de cette planète, il apparaît aujourd'hui que les enfants sont pris dans des enjeux politiques et socio-économiques qui risquent de faire oublier la singularité de chacun d'eux. La pédopsychiatrie de demain, en s'efforçant de tenir compte de tous les paramètres qui président au bon développement psychique du petit d'homme, doit de plus continuer de veiller à ce que les plus en difficulté d'entre eux, soit sur le plan de la gravité de leurs troubles psychopathologiques, soit sur celui de la précarité de leurs conditions d'existence au monde, puissent bénéficier de son approche accueillante et structurante pour une atténuation de leurs souffrances psychiques. ■



Non à l'exclusion, Oui aux soins

Les principes de la « psychiatrie citoyenne » se résument en ces deux phases :
 – permettre des soins de qualité pour tous, avec un accès le plus précoce possible
 – éviter l'exclusion sociale des personnes qui (en) sont malades.

Jean-Luc ROELANDT
 Psychiatre
 Chef de Service
 EPSM Lille Métropole
 Directeur du Centre
 Français Collaborateur
 de l'OMS en santé
 mentale pour la recherche
 et la formation

Jean-Luc Roelandt,
 auteur de l'ouvrage
 récent «Manuel de
 Psychiatrie citoyenne :
 l'avenir d'une
 désillusion», rédacteur
 et co-rédacteur de
 plusieurs rapports,
 nous livre un texte où
 il s'engage avec la
 conviction et la concision
 d'un manifeste.

Ces principes développés par l'Organisation Mondiale de la Santé lors de la campagne de promotion de l'année de la santé mentale en 2001, valent pour toute la médecine, pour toutes les affections : Sida, Diabète, Cancer, troubles psychiques, toutes les maladies bénignes ou graves sont concernées. Les troubles psychiques touchent 400 millions de personnes dans le monde et représentent la 2^{ème} cause d'invalidation. Voici quelques principes généraux pour atteindre les buts de la psychiatrie citoyenne :

- Lutter encore et toujours contre la stigmatisation des personnes ayant des troubles psychiques.
- Développer les associations d'usagers. Les intégrer à tous les niveaux de responsabilité et renforcer leur rôle dans les systèmes de pilotage des programmes de santé.
- Décloisonner la psychiatrie et l'articuler à la médecine générale et au champ social.

- Promouvoir la psychiatrie dans la cité et proscrire toutes concentrations ségrégatives, qu'elles soient médicales, psychiatriques ou sociales (les concentrations pour handicapés ne doivent pas succéder aux concentrations pour « malades psychiatriques »).
- Ne jamais confondre enfermement et soins : les services « fermés » en psychiatrie, en médecine et dans le social, ne devraient plus exister (100 000 personnes sont enfermées actuellement en France : 20 000 en psychiatrie, 18 000 dans les services pour handicapés, 75 000 personnes âgées). Il s'agit de « prisons » médicales et sociales. L'intervention de la justice est évidente. La médecine doit se contenter des soins.
- Renforcer l'accessibilité aux soins :
 - par les réseaux avec la médecine générale, médecine du travail, pédiatrie, médecine scolaire,
 - avec les Centres Communaux d'Action Sociale, les circonscriptions de service social, le médico-social,
 - en mettant en place des actions et formations croisées entre professionnels pour permettre une meilleure prévention et dépistage, ainsi que des meilleurs soins.
- Permettre l'hébergement et le travail à toutes les personnes qui

- ont des troubles mentaux au long cours – maladies graves et invalidantes, droit au logement et à une activité sociale reconnue.
- Développer la recherche multi-champ, clinique et sociale dans le champ des pathologies, de l'insertion et de la citoyenneté pour la déstigmatisation et la promotion des droits des patients.
- Ouvrir les conseils de service aux usagers et aux élus locaux, ainsi qu'aux partenaires sanitaires et sociaux du territoire :
 - intégrer les équipes de psychiatrie dans les conseils de santé des villes et des collectivités locales,
 - permettre le décloisonnement Etat – région – département – ville, dans le cadre des contrats pluriannuels de santé mentale,
 - intégrer la santé mentale dans les conseils sanitaires de secteur, les PRAPS, les PRS et les commissions départementales pour les handicapés,
 - intégrer les élus locaux dans la gestion de proximité de l'insertion sociale des personnes ayant des troubles psychiques.
- Mettre toute structure de soins à proximité, intégrée dans le système médical et social en général. Pas de ségrégation.

Avec ces principes, la psychiatrie citoyenne est en marche. ■

Chantiers et enjeux de la pédopsychiatrie (suite)

Mais le véritable chantier est, comme pour la psychiatrie adulte, la redéfinition de la pédopsychiatrie. Les files actives ne peuvent croître sans cesse (50% en 6 ans, de 91 à 97) sans modifier la place de chacun dans le soin et la forme donnée aux traitements. Cet accroissement est à considérer dans le futur à la lumière de la chute démographique des psychiatres. La société civile et les politiques interrogent nos actions, notre efficacité, notre validité pour modifier nos orientations théorico-pratiques. A la prévention et au soin classique contractuels sont opposés,

ou au moins adjoints, l'éducation pour la santé, la prévention en terme de santé publique (sur les grands ensembles) c'est à dire le dépistage des facteurs de risque (l'hygiénisme), la prévention de la vulnérabilité, les traitements soumis à protocole. Nous devons nous interroger sur notre appartenance au domaine sanitaire, le psychiatre est-il seulement le garant de cette qualité ou a-t-il les moyens de sa définition ? Quels glissements acceptons-nous dans les fonctions, les compétences avec ou sans les formations associées ? La psychiatrie infanto-juvénile ne

devrait-elle pas affirmer ses capacités thérapeutiques en les définissant peu à peu sur le plan scientifique ?

Tant que la pédopsychiatrie maintiendra sa référence à la psychopathologie, elle appartiendra au champ de la psychiatrie plutôt qu'à celui de la pédiatrie ou de la neurologie (c'est à dire qu'elle existera). Son chantier principal est de préciser et de définir plus avant le contenu de ses actions thérapeutiques et les moyens nécessaires pour y parvenir. ■

Psychiatrie publique et réseaux de santé mentale

D'aucuns pensent que le réseau, préconisé par le Plan gouvernemental de santé mentale du 14 novembre 2001, est l'avenir de la psychiatrie publique car, au lieu de se fixer comme le secteur sur un territoire, il permet de suivre l'individu là où il va, quand il est en bonne santé (moment de la prévention par l'action sur les déterminants extra sanitaires) et quand il est en souffrance psychique ou en décompensation d'une psychose.

Pierre LARCHER
Direction Générale de
l'Action Sociale (DGAS)



Il permet une interdisciplinarité avec les élus, les travailleurs sociaux, les médecins généralistes ou spécialistes divers libéraux ou hospitaliers, les autres professionnels de santé... en pleine complémentarité, sans être dans une relation hiérarchique. Le seul territoire qu'il connaisse est celui des personnes qu'il couvre de son aile. Sa réactivité par rapport à n'importe quelle institution est incomparable, parce que l'interdisciplinarité lui permet d'affiner son diagnostic beaucoup plus vite que ne peut le faire un service quel qu'il soit.

Pourtant, le réseau a des faiblesses qui ne peuvent même pas faire envisager qu'il puisse se substituer au secteur. D'abord, il est fragile :

- Pour être efficace, il repose sur le volontariat de ses membres, qui peut éventuellement être incité, mais jamais commandé : il implique un changement des pratiques, l'acceptation de se mettre sous le regard des autres, d'être leur égal et non leur chef, la reconnaissance de ses limites et le recours à d'autres, ce qui est évidemment un facteur déstabilisant dans un premier temps. S'il est vrai que, secondairement, ceux qui y ont spontanément goûté y renoncent difficilement, il est incontestable que tous les

professionnels n'ont pas le goût en même temps de tenter cette épreuve.

- Ce volontariat repose en grande part, pendant au moins trois ans, sur le dynamisme de l'initiateur du réseau, celui qui en porte le projet à bout de bras jusqu'à ce que d'autres puissent prendre son relais, qui ne doit pas être ressenti comme un chef, mais comme un tuteur. Que ce père fondateur soit victime dans cette première étape d'un accident de la circulation ou d'une mutation dans un autre département, et le réseau s'écroule. Si le réseau s'était substitué à un secteur, il laisserait un trou dans la carte sanitaire !

- Le réseau n'est viable que dans le mouvement pour s'adapter, pour se perfectionner, pour mieux comprendre les besoins des gens et y répondre. Dès l'instant où, cédant aux sirènes de promesses financières s'il se formalise davantage, il se fige dans un projet qui non seulement ne réclame plus l'initiative de ses membres mais la leur interdit, il se condamne à une mort plus ou moins rapide par démotivation de ses membres.

Si le réseau peut assurer un meilleur service, il ne peut donc garantir sa durée au fil des ans, pas plus qu'il ne peut garantir que l'ensemble du territoire sera couvert d'initiatives comme la sienne.

Par ailleurs, un réseau en tant que tel n'a pas de lits : il y a donc un certain nombre de cas lourds ou urgents qu'il ne peut assumer et, comme les autres réseaux de santé, il lui faut s'appuyer non seulement sur les divers professionnels de santé ou non qui entourent la population visée, mais aussi sur les structures qui peuvent assurer ces soins lourds. Le réseau n'atteint sa pleine efficacité que lorsqu'il mêle à la fois les médecins et paramédicaux libéraux et les médecins et para-

médicaux du secteur public avec leurs structures. Le secteur n'est donc pas mort, il devient dans ce cas l'outil privilégié en psychiatrie lourde du réseau comme l'hôpital général est l'outil indispensable lorsqu'il faut une IRM ou une intervention chirurgicale.

La fonction du réseau, centré sur l'utilisateur et non pas sur le nombril de la structure, est de permettre au secteur comme à l'hôpital général d'acquérir la porosité qui leur faisait défaut à la fois sur le plan géographique en ne butant pas sur des frontières territoriales déterminées par une administration, et sur le plan thématique en permettant tous les échanges de pratiques interdisciplinaires que requiert le maintien en bonne santé mentale de l'utilisateur. Les secteurs constituent une trame de support technique, le réseau assure la continuité de la prise en charge du citoyen à travers les aléas de l'existence. L'efficacité de l'un tient, non seulement à l'existence, mais au fonctionnement harmonieux des deux. Inutile, dans ces conditions, de souligner que l'effort ne pourra jamais se relâcher, sous peine de voir ses acteurs retomber immédiatement dans les ornières anciennes des pratiques asilaires ou de l'éclatement des prises en charge. Nous sommes donc dans une utopie, mais l'expérience montre que, si le réseau parfait n'existe pas, la démarche qui y conduit est extrêmement gratifiante pour tous ceux qui y participent : structures, professionnels, et citoyens... et qu'elle est porteuse d'une amélioration de la qualité des prises en charge dont on ne peut se permettre de faire l'économie.

Le réseau ne saurait donc être une panacée, mais est une corde de plus à l'arc des services de santé mentale, dont on se demande comment on a pu se passer si longtemps. ■

Contrat médical et psychiatrie : quel modèle selon la loi ?

Pauline RHENTER

Doctrante en Sciences
Politiques

ATER à l'Institut d'Etudes
Politiques de Lyon

¹ La loi du 20 décembre 1988 régit la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales.

² Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995.

³ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

⁴ Dr M. Bernard-Catinat, rapporteur du Rapport de la commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil de l'Ordre des médecins, « Information et formation du patient », 5 juin 1999.

⁵ Loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

⁶ La mise en place de nouveaux délais pour l'examen du patient hospitalisé, l'institution des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques, les nouvelles exigences en termes de certificats médicaux sont énoncées comme autant de garanties parmi d'autres, des droits des patients.

⁷ A. Supiot, « la contractualisation de la société », 53^{ème} conférence de l'Université de tous les savoirs, 22 février 2000.

⁸ A titre d'exemple, on notera l'augmentation du nombre de psychologues dans les établissements d'éducation spéciale pour enfants et adolescents déficients intellectuels, R. Lepoutre, « la santé mentale en chiffres », in R. Lepoutre et J. de Kervasdoué, « La santé mentale des français », Paris, O. Jacob, 2002, p. 75.

*suivisme : tendance du deuxième certificat médical à corroborer les conclusions du premier (NDLR).

L'adoption de la loi Huriet¹ en 1988, d'un certain nombre de textes réglementaires comme les décrets de 1992 et 1994 sur la liberté de choix du praticien et de l'établissement ou le droit à l'information du patient, le nouveau Code de déontologie², ou encore l'Ordonnance de 1996³ sur la charte du patient hospitalisé et la commission de conciliation, témoignent de la volonté politico-juridique de consacrer un mode contractuel de relation thérapeutique, ce que la Commission nationale permanente du conseil de l'Ordre des médecins nommait en 1999 « la co-gestion du capital santé du patient avec son médecin »⁴.

La loi du 27 juin 1990⁵ sur les conditions d'hospitalisation des personnes en raison de troubles mentaux, consacre en psychiatrie le modèle « démocratique » qui marque la médecine somatique, dans un mouvement normatif rappelé de nouveau dans la très récente loi du 4 mars 2002 dans son titre II « la Démocratie sanitaire ». Le développement des conditions pratiques de l'indemnisation généralisée de l'aléa thérapeutique achève de confirmer une telle évolution.

Ce nouveau modèle contractuel génère des contradictions qui révèlent les difficultés d'un tel modèle en médecine psychiatrique. De la même façon que le pathologique nous enseigne sur le normal, la confrontation du schéma contractuel avec les pathologies de la liberté, met en évidence la vulnérabilité du consentement comme partie intégrante de la relation entre patient et médecin.

La loi du 27 juin 1990 allie un contenu matériel consistant dans une énumération de droits du patient hospitalisé qui ne sont que la traduction

des Droits de l'Homme appliquée à une certaine catégorie de patients, et un contenu formel constituant les garanties procédurales des droits cités au début de la loi⁶.

Les garanties sont renforcées en cas d'hospitalisation sans consentement, cas de figure pour lequel le droit vient compenser le déficit d'autonomie nécessitant la contrainte du patient. Ces énoncés forment un modèle contractuel de relation médicale, remplaçant tout ce qui ressemblerait à un mode paternaliste ou tutélaire de relation, au sens où ils visent l'égalité de droit des parties au contrat médical (droit de l'information contre savoir médical, droit au refus du traitement contre décision médicale,...) devant une instance-tiers contrôlant *a posteriori* les procédures d'hospitalisation et de sortie (Commission départementale des hospitalisations psychiatriques, procureur, préfet, etc...).

La définition abstraite du contrat⁷ postule l'égalité des personnes, leur liberté, et leur réflexivité. Dans le domaine psychiatrique plus qu'ailleurs, manque souvent un élément de cette définition et c'est bien ce qui justifie le soin psychique de sorte que le texte de 1990 se réduit en pratique à un appareil générateur d'obligations formelles en décalage avec les réalités de la pratique. En cela, de nombreux psychiatres ne voient pas vraiment ce que la loi de 1990 a changé, *sur le fond*.

En pratique, un certain nombre de phénomènes renvoient à l'incertitude de la loi : la tendance au suivisme* pour les deux certificats médicaux, la généralisation des procédures d'urgence, la substitution de l'avis médical au certificat médical et la difficulté d'intervenir à titre préven-

tif en matière d'hospitalisation d'office, le flou caractérisant le statut des sorties d'essai, et les obstacles au respect de certaines libertés (de libre circulation, d'exercice du culte, du vote, secret du courrier protégé...).

Cet état de fait produit une incertitude juridique.

Comment définir dans ce nouveau contexte la nature juridique spécifique de la relation thérapeutique en psychiatrie et la conception juridique du patient psychiatrique ?

L'idée de contrat médical suppose une autonomie et une indépendance entre les parties (équipe soignante d'un côté, patient de l'autre). Quelle autonomie est réellement accordée par les praticiens au malade dans la relation thérapeutique en fonction de leur orientation professionnelle ? Quelle spécificité est accordée au trouble mental selon les praticiens ?

Les présupposés étiologiques et le choix du traitement dans chaque profession du soin psychique contiennent des indications sur le statut à donner au patient, statut pouvant varier de la tutelle (pas seulement au sens juridique) la plus stricte à la responsabilisation la plus large possible. Dans le contexte actuel, des données organisationnelles, et non pas seulement juridiques, comme le passage du secteur aux réseaux de soins, la baisse des effectifs en personnel psychiatrique, la prise en charge sociale de la souffrance psychique liée à l'exclusion, la "dés-hospitalisation", les rapports actuels entre public et privé, définissent de nouveaux champs de compétence : médecine générale, travail social, psychologie⁸, neurologie, psychiatrie, cette répartition dessinant une géographie statutaire du patient... ■

La psychiatrie publique en chantiers

Rhizome a consacré trois numéros à “ la psychiatrie en questions ”. Dans ce dernier volet du triptyque, loin de clore le débat, nous affrontons l’effervescence actuelle des questionnements en cours...

Depuis deux à trois décennies, nous assistons à une accélération de la production de rapports émanant de divers experts, qui d’une manière ou d’une autre mettent la psychiatrie publique en questions, voire à la question. A l’opposé d’une énième contribution expertale, nous n’avons nullement l’ambition d’élaborer un programme ou un manifeste ; bien plutôt, nous essayons de mettre à jour les chantiers en cours. Le terme de “ chantier ” est à entendre ici comme “ lieu en désordre où sont accumulés des matériaux de constructions, des combustibles ... ” (Larousse). Dans le désordre manifeste et permanent de la psychiatrie, se dévoilent des mises en chantiers implicites qui ordonnent, sur le temps long de l’historicité sociale, des tensions, des intérêts divergents, des lignes de fuite et de force à travailler collectivement.

Un premier constat porte sur la continuité historique du mouvement de désaliénation : les idéaux fondateurs de la psychiatrie publique sont plus que jamais investis : déstigmatisation, continuité des soins, proximité, égalité de l’offre restent des principes sur lesquels s’appuie la réflexion concernant les conditions d’une psychiatrie de service public véritablement au service du public. Remarquons que cette question, très actuelle, du service public est le principal marqueur de différenciation entre l’Europe et les Etats-Unis.

Pourtant, sur ce terreau de continuité émergent depuis les années 80 deux notions : celle de *souffrance psychique* et celle de *santé*

mentale qui peu à peu vont créer de la discontinuité. En faisant débat, elles mettent en tension différents couples d’opposition qui structureraient classiquement le monde du soin psychique.

Premier chantier : La souffrance psychique, notion incertaine et non moins évidente (cf. Rhizome n°5) **bouleverse durablement les pratiques sociales sur le front de la précarité**, en interpellant les équipes psychiatriques. Pour l’essentiel, cette émergence reste hors nosographie mais non hors sémiologie. Que faire des signes souvent associés à des conditions de fragilités sociales et psychiques, nouvellement objectivées au sein d’une subjectivité aidante, qu’il s’agisse du travail social ou du soin psychique ? Que devient la nosographie psychiatrique ? S’achemine-t-on vers une classification renouvelée et/ou vers une clinique du processus ?

Cette légitimité récente de la souffrance psychique, en vis-à-vis de la maladie mentale, a facilité l’élargissement de la parole “ profane et non spécialiste ”, celle de la société civile et des élus locaux. Cependant la parole des usagers ne se fonde plus seulement sur un principe démocratique des Droits de l’Homme, dans une cité abstraite et désincarnée, mais sur une expérience du “ vivre avec ”, une souffrance individuelle et collective. C’est au nom de la traversée de la souffrance que d’autres groupes sociaux autres que les professionnels de la psychiatrie sont désormais en droit de dire : “ la psychiatrie, c’est notre problème ! ”. Mais la prise en compte incontestée de cette parole ouvre un double risque : celui du contournement et de la participation formelle des usagers ; risque dont la chaîne de résolution outre atlantique est d’ores et déjà bien connue : contractualisation, transparence, victimisation/judiciarisation.

Comment la collectivité doit-elle s’y prendre pour que la qualité de patient n’expulse pas systématiquement la position critique de l’usager ? Ou encore, comment une équipe de secteur peut-elle consulter un élu local sur son “ diagnostic ” de santé sur tel ou tel quartier, tout en gardant une éthique propre au soin psychique qui ne glisse ni vers la gestion des risques ni vers un principe de précaution paralysant l’action ?

Ces questions très concrètes militent pour l’ouverture d’un autre chantier au sein duquel puisse se travailler la tension entre principe de singularité et raison collective du “ vivre ensemble ”, dont les formes sociales tendent vers la standardisation des actes, l’uniformité des “ bonnes pratiques ” et l’anonymisation de prises en charge procédurales et sécuritaires. Si la notion de santé mentale induit, pour certains, des images d’anti-psychiatrie ou de clonage des pratiques, alors il faut trouver un autre terme à la situation originale de la psychiatrie d’aujourd’hui qui n’est plus, n’en déplaît aux nostalgiques de tout bord, ni celle de l’avant-guerre ni celle des trente glorieuses. A l’encontre d’une imposition de vue économétrique uniformisante, la situation actuelle est mobile, évolutive, diverse et traversée par une pluralité de points de vue et de mise en réseau à chaque fois, en fonction des caractéristiques d’un *territoire habité* par des humains à nul autre pareil.

Cette notion de territoire humain annonce un dernier chantier, de nature politique, dont le rapport avec la psychiatrie est structurel mais dont les points d’achoppement sont en train de se déplacer.

Un premier décentrement a trait à la manière dont la contractualisation de la relation soignant-soigné s’est substituée comme

La psychiatrie publique en chantiers (suite)

modèle à la relation sous contrainte, qui a historiquement structuré la spécificité psychiatrique. Quelle conséquence cette substitution a-t-elle sur la reconfiguration en cours ? Comment reconsidérer la nature juridique de la relation soignant-soigné (secret professionnel, secret partagé) de telle manière que la judiciarisation du champ sanitaire n'obère pas le long travail de l'indispensable alliance thérapeutique ?

Un second décentrement oppose, surtout lorsque l'on tente de penser le rapport complexe entre précarité et santé mentale, une logique d'*institution de la prise en*

charge, donc de programme, de savoirs constitués, de verticalité disciplinaire, de normativité, à une logique de *dispositifs du prendre soin*, donc de projet pluriprofessionnel, de situations locales, d'horizontalité, de réseau, de savoirs bricolés et pourtant réflexifs. On voit bien que la psychiatrie publique, construite en conformité au premier modèle, est confrontée depuis le développement de l'extra-hospitalier à la logique du second. On y retrouve, étonnamment, les principes fondateurs du secteur : proximité, aller vers, permanence. Comment articuler ces deux logiques pour que la disparition itérativement annoncée de la psy-

chirurgie en tant qu'Institution soit encore suspendue ? A condition, peut-être, que ces dispositifs dits " périphériques " fassent Institution, relayant le moment de l'hospitalisation lorsqu'il n'est pas ou plus nécessaire. Si tel est le cas, les notions de santé mentale et d'asile ne devraient plus être opposables.

C'est la jointure, l'agencement équilibré de ces deux logiques, et non leur opposition systématisée, qui peut permettre la continuité de la pensée et du lien, fondement de la pratique du soin psychique. ■

LE COMITÉ DE RÉDACTION
DE RHIZOME

La parole est à vous

« Docteur, j'ai mal à ma psychiatrie... »

Myriam ALDERTON
Présidente et fondatrice
de l'Association
Médiation dans le Var :
accueil et aide à

Actrice du social depuis bientôt 15 ans, le premier numéro de la trilogie proposé par Rhizome sur l'avenir de la psychiatrie publique, me laisse perplexe .

Je m'étais dit en effet, sans doute naïvement : « *Enfin, la parole est donnée aux spécialistes, on va comprendre le malaise de la psychiatrie en France !* »

La personne en souffrance psychique, euphémisme de « *dans la merde* », est à mon sens le symptôme d'une société qui « *éclate* » (dans tous les sens du terme).

Cette personne raisonne en discordance à la fois dans l'aire des inclus de notre société mais aussi, ce qui est plutôt étonnant, dans le champ de la psychiatrie.

Ainsi, notre société moderne et le modèle de sa famille nucléaire s'éclate ! En myriades d'atomes, en rave-party collectives ou en naufrage volontaire et solitaire, comme nous le rappelle Patrick Declerck dans son ouvrage sur la désocialisation.

« *Le désir est indestructible* », mais il faudrait ici ajouter : de vie comme de mort car la question du choix demeure...

Les mentalités sont les plus lentes à évoluer ; la prodigieuse révolution technologique de ce dernier siècle entraîne des conséquences considérables sur notre environnement vital et perturbe nos façons d'être au monde.

Peut-on parler de maladie sociale, de trouble, d'inadaptation de notre inconscient collectif à tous les niveaux ?

C'est un lieu commun de dire que même les couches de la société dites privilégiées peuvent être aujourd'hui frappées par ce phénomène.

Quoi qu'il en soit, la personne en souffrance psychique interpelle le secteur psychiatrique et tant mieux car elle incarne l'antidote à l'enfermement que représente la norme, ainsi que le droit incoercible à la déviance.

La question des moyens ou de l'inadéquation des structures spécialisées me fait parfois l'effet d'un alibi corporatiste difficilement crédible ; la formation à venir des médecins psychiatres me semble un problème beaucoup plus pertinent.

Je termine ma modeste intervention en ajoutant que la précarisation du secteur de la psychiatrie peut être l'occasion d'une remise en question de l'ensemble de notre société, à la condition de ne pas enfermer tous les « *fous* » en prison !

Laissons donc les déviants nous interpellier dans notre humanité qui « *fout l'camp* »...

Je reste confiante. A Rhizome on semble avoir les racines solidement ancrées mais attention à ce que la mauvaise herbe n'envahisse pas le champ de la santé mentale, ni celui de l'innovation sociale qui restent encore pour tous à cultiver. ■

La solitude exposée du sujet SDF, déni de la filiation instituée

Dans le cadre d'une recherche-action récente¹, nous avons rencontré des équipes socio-éducatives de CHRS² suite au décès d'un de leurs hébergés.

Valérie COLIN

Docteur en psychologie clinique

Jean FURTOS

Psychiatre

ORSPERE-ONSMP

Au décours des récits de vie des défunts, il est apparu que la mort venait révéler l'existence d'une famille alors qu'on croyait la personne seule au monde. On se représente souvent le sujet en grande précarité comme quelqu'un de fondamentalement seul, sans famille, sans proche ; c'est ce qu'il dit ou ce qu'il laisse penser en l'absence de paroles. Mais dans la réalité il existe une famille : le sujet est né de quelqu'un et de quelqu'une, il a eu des liens d'appartenance, même s'il a effectivement existé une rupture dont l'origine est le plus souvent méconnue.



A la mort des personnes³, **des membres de la famille apparaissent ou réapparaissent** (parents, fratrie, conjoint(e), enfants, neveux...), leur existence ressurgit, même s'ils ne sont pas présents à la cérémonie d'enterrement. Le maintien actif de la rupture de la filiation devient manifeste lorsqu'il cède au décès des personnes.

La rupture avec l'entourage familial est pourtant réelle, mais pas toujours comme on se la représente. Il semble bien exister une **dimension active, de la part du sujet, pour le maintien de la rupture avec l'entourage familial**, dont l'errance serait l'une des modalités existentielles. C'est ce qui produit la **solitude exposée par le sujet** à ses accompagnants sociaux; et qui l'épuise

par la permanence du contre-investissement : investir la déliaison en lieu et place du lien.

Il existe plusieurs niveaux de rupture avec la filiation : totale pour certains, partielle pour d'autres : Jacques parlait de ses parents, mais il « oubliait » de parler de ses propres enfants dont l'existence apparaît à l'occasion de son maigre héritage.

Le maintien actif de la rupture familiale n'est pas le seul fait du sujet, il est réciproquement

dans le réel : famille, amis et assez souvent la « récupération » de la dépouille mortelle par la famille, ce qui est vécu plus ou moins violemment par l'équipe éducative.

S'engager dans l'accompagnement, parfois jusqu'au bout, avec les personnes en grande exclusion, implique de tenir compte de cette force de déliaison comme une donnée de départ en ayant à l'esprit que la solitude effective de la personne peut être activement et psychiquement entretenue. Cette défense du sujet est à respecter, comme toute défense vitale, sans pour autant valider le déni de filiation qu'elle porte.

Le déni est celui de la filiation instituée⁴, c'est à dire de la réalité symbolique socialement inscrite; il s'accompagne aussi d'un cortège de signes relationnels, à

maintenu par la famille (par peur, par désespoir, par ressentiment, par usure ...) : Virginie, « fille de clochard », se rend à l'enterrement de son père après avoir tenté de l'oublier pendant 30 ans.

A la mort du sujet, la déliaison cède. Toute l'énergie dépensée pour tenir à distance (la famille, une personne en particulier, l'histoire, le ressenti du corps) fait alors retour, permettant aux personnages de la filiation de réapparaître. De son vivant, le sujet qui ne pouvait faire un travail *psychique* de mise à distance le faisait *dans le réel* (de la distance géographique, de la distance avec son histoire, de la distance avec son « corps vivant ») ; après la mort les « choses » font retour

connaître à la fois du point de vue métapsychologique et pratique ; nous ne pouvons les préciser davantage dans cette présentation.

Indiquons pour terminer une précaution de taille : il ne faudrait pas conclure que « c'est de leur faute » si les sujets SDF sont isolés ; mais plutôt, ils ont, comme toute le monde, des mécanismes de défense conscients et inconscients, et ceux qu'ils utilisent se révèlent extrêmement coûteux, ils sont à comprendre en rapport avec la rencontre d'une histoire vécue et d'un environnement qui a souvent été essentiel et traumatique.

¹ Rapport de recherche-action, novembre 2002, « Accompagner jusqu'au bout... la mort révélatrice de l'histoire des personnes en grande exclusion accueillies dans les structures d'accueil et d'hébergement », FNARS Rhône-Alpes-ORSPERE, 84 p.

² Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale.

³ Les CHRS nous ont présenté des accueillis fortement investis par les équipes ; nous ne pouvons suggérer une extension de nos conclusions au « tout venant » sans études complémentaires.

⁴ Selon la terminologie de Jean Guyotat in « Filiation et puerpéralité, logique du lien », Ed. PUF, Paris, 1995.

Le Service d'Accompagnement à Domicile (SAD)

Une collaboration étroite

L'Association ISATIS (anciennement AZUR Unafam) regroupe, depuis 1996, plusieurs centres et services accueillant des personnes souffrant de troubles psychiques.

Grâce à un suivi et à un accompagnement individualisé, nous construisons un projet d'insertion sociale et/ou professionnelle, élaboré en termes d'étapes et de parcours.

C'est dans cette perspective qu'une collaboration étroite s'est instaurée entre les équipes de psychiatrie et les professionnels de l'association. Il nous semblait opportun d'œuvrer dans la même direction grâce au travail en réseau et de pouvoir prendre en compte la personne dans sa globalité.

Ce partenariat s'est progressivement réalisé au fil de rencontres, d'échanges, de visites, et la participation des équipes de psychiatrie dans nos groupes de travail. Le souhait partagé de travailler ensemble entraîne une collaboration forte et intéressante autour de la personne permettant ainsi une cohésion dans le parcours de l'individu.

Un exemple significatif

Le Service d'Accompagnement à Domicile (S.A.D.) a été créé en décembre 2001 par l'association ISATIS. Ce service a pu voir le jour grâce à une évaluation des besoins en matière d'hébergement d'un secteur de psychiatrie niçois, dont la principale difficulté était l'impossibilité de faire respecter la file active souhaitée

dans les appartements thérapeutiques trop investis par les patients.

Le projet a été élaboré au travers de réunions de travail communes dans un souci d'identification des besoins exprimés par les services de soin et d'apporter, grâce à notre savoir-faire, le volet médico-social et social de ce service.

L'équipe du S.A.D. se compose d'un éducateur spécialisé et d'un infirmier.

Le premier a un rôle socio-éducatif, avec l'accompagnement de la personne vers l'accès à un logement privé de droit commun. Il intervient dans la gestion de la vie quotidienne (budget, hygiène,...) et accompagne le bénéficiaire vers une insertion sociale.

Le second a un rôle plus sanitaire, avec le contrôle de la prise en charge médicamenteuse, l'observation de l'état de santé psychique du bénéficiaire.

Le bon fonctionnement de ce service dépend du partenariat étroit établi entre l'équipe du S.A.D. et le pôle d'hébergement thérapeutique du secteur de psychiatrie concerné.

Un partenariat indispensable

Le progrès pharmacologique, la décentralisation et la réduction des lits provoquent une sortie rapide du patient hospitalisé. Il se trouve « lâché » dans la cité et souvent livré trop rapidement à lui-même.

A ce moment-là, la notion de

complémentarité entre les secteurs sanitaire, médico-social et social prend tout son sens.

Là où la psychiatrie n'est plus en mesure d'intervenir, le champ social peut prendre le relais.

Pour autant, il ne s'agit pas pour les uns de se substituer aux autres, mais d'être complémentaires et partenaires afin d'œuvrer de concert pour la prise en charge de l'individu.

C'est à cette condition qu'il sera possible de mener à terme

le projet d'insertion d'une personne souffrant de troubles psychiques. Les notions de complémentarité et de partenariat sont essentielles pour permettre à tous les acteurs gravitant autour des usagers d'avoir une vision globale de leur situation et du contexte.

Avec quatre années d'expérience en action sociale consacrées aux personnes en souffrance psychique, il nous paraît important de souligner l'évolution du positionnement des professionnels du soin à côté de nos équipes. Une meilleure identification de nos domaines d'interventions respectifs favorise le respect mutuel des pratiques issues de cultures et de contextes institutionnels différents.

Chacun prenant conscience de ses limites dans son travail, le passage des relais entre soin et social se fait sans difficulté dès lors que la personne reste notre préoccupation prioritaire, commune et sans velléité d'appropriation. ■

Armelle BONNECHAUX
Psychologue clinicienne,
Chef de service Actions
Relais Santé et Insertion

Association ISATIS
(Association pour
l'Intégration, le Soutien,
l'Accompagnement au Travail
et l'Insertion Sociale)

6, Avenue Henri Barbusse
Bureau « Astragale »
06100 Nice
Tél 04 92 07 87 87
Fax 04 92 07 87 88
Mel : siege@isatis.org
Site Internet : www.isatis.org



Nous avons lu

■ Revue La Santé de l'Homme N° 359 (mai-juin 2002)

Un dossier entièrement consacré à la Santé Mentale, plus particulièrement aux partenariats et aux actions à promouvoir. A lire par toutes les personnes qui interviennent dans le champ de la santé mentale ou qui cherchent à en comprendre les contours.

■ Psychiatrie, Droits de l'homme et défense des usagers en Europe

Philippe Bernardet, Thomàs Douraki et Corinne Vaillant, Ed Eres, Toulouse, 2002.

Cet ouvrage met en évidence les fondements des principaux systèmes législatifs européens concernant l'hospitalisation, le traitement, la vie hors de l'hôpital, le suivi des malades mentaux, l'organisation générale du soin psychiatrique dans leurs rapports, souvent complexes, avec le traitement de la dangerosité et le maintien de l'ordre public.

Il contribue ainsi à redéfinir des normes et des procédures, éclairées des apports de la pratique, afin de garantir au mieux la liberté de tous.

■ Revue Droit, déontologie et soin

Décembre 2002 Vol.2, N°4. Publication trimestrielle 2002 - Masson, Paris.

Revue à la fois "pointue" et claire qui pose, dans le dossier de son dernier numéro, des questions très actuelles autour du secret médical.

■ La question SDF

Julien Damon, Ed. PUF, Paris, 2002.

Cet ouvrage, particulièrement renseigné et rigoureux, analyse le mouvement constant, depuis une vingtaine d'années, du ciblage de la population SDF et du système de sa prise en charge. Il pose la question du "prioritarisme" (la priorité au plus défavorisé) dans les politiques publiques.

Agenda

■ L'urgence psychiatrique. Pressions d'amont, contraintes d'aval.

14^{èmes} Journées de l'AFERUP (Association Francophone d'Etude et de Recherche sur les Urgences Psychiatriques) 17 et 18 janvier 2003, Acropolis-Nice.

Contact : Tél. 04 93 92 81 59

Programme consultable sur le site : <http://www.nice-acropolis.com/aferup2003>

■ L'Enfant et le monde extérieur.

5^{èmes} Journée d'Etude du Groupe Nantais de Pédopsychiatrie

14 mars 2003 à Nantes, Palais des Congrès.

Renseignements et inscriptions : Tél. 02 40 40 37 85

Programme consultable sur le site : <http://gnpp.ifrance.com>

■ Le temps du bébé

7^{ème} journée Petite Enfance, 29 mars 2003, Université Lumière Lyon 2.

Renseignements et Inscriptions : Tél. 04 78 77 43 57 / 04 78 77 24 90

Web : <http://www.univ-lyon2.fr/fc>

■ Etats généraux de la Psychiatrie

5, 6 et 7 juin 2003-Montpellier-Le Corum.

Renseignements et Inscriptions : Tél. 04 67 61 67 61 Fax : 04 67 61 66 84

e-mail : gestion@enjoy-montpellier.com

Information

■ Démission de Jean Maisondieu du Comité de Rédaction de Rhizome

Nous regrettons le départ du Docteur Jean Maisondieu.

Sa présence, ses arguments, les textes qu'il a produit étaient appréciés.

Sa lettre de démission et un poème, que nous n'avons pas publiés dans le numéro 9 de Rhizome, sont à la disposition des lecteurs qui le désirent sur notre site web.

Œuvres réalisées dans le cadre des ateliers ADN Horizon et «Vers une autre palette» (Emmaüs Saint Marcel) à Marseille. Ateliers dirigés par Hervé Germain.

RHIZOME est un bulletin national trimestriel édité par l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ORSPERE-ONSMP) avec le soutien de la Direction Générale de l'Action Sociale

Directeur de publication : Jean FURTOS

Assistante de rédaction : Claudine BASSINI

Comité de rédaction :

- Guy ARDIET, psychiatre (St Cyr au Mont d'Or)
- Jean-Paul CARASCO, infirmier (St Maurice)
- François CHOBEAUX, sociologue (CEMEA Paris)
- Valérie COLIN, docteur en psychologie, Orspere
- Jean DALERY, prof. de psychiatrie (Univ. Lyon 1)
- Philippe DAVEZIES, enseignant, chercheur en médecine du travail (Univ. Lyon 1)
- Gilles DEVERS, avocat (Lyon)
- Bernard ELGHOZI, médecin (Réseau Créteil)
- Marie GILLOOTS, pédopsychiatre (Vénissieux)
- Jean-François GOLSE, psychiatre (Picauville)
- Alain GOUJFFÈS, psychiatre (UMAPPP Rouen)
- Pierre LARCHER, DGAS
- Christian LAVAL, sociologue, Orspere
- Antoine LAZARUS, prof. santé publique (Bobigny)
- Marc LIVET, cadre infirmier (Paris)
- Jean-Pierre MARTIN, psychiatre (Paris)
- Alain MERCUEL, psychiatre (St Anne Paris)
- Michel MINARD, psychiatre (Dax)
- Gladys MONDIÈRE, psychologue (Lille)
- Pierre MORCELLET, psychiatre (Marseille)
- Christian MULLER, psychiatre (Lille)
- Jean PERRET, président d'association (Lyon)
- Eric PIEL, psychiatre (Paris)
- Christiane RICON, Directrice Etablissement Social
- Olivier QUEROUIL, conseiller technique fonds CMU (Paris).

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
Web : www.ch-le-vinatier.fr/orspere

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

Tirage : 8 000 ex.

ISSN 1622 2032