

## Bulletin national santé mentale et précarité

### Métamorphoses de la demande et engagement dans le soin

édito

Jean-Furtos  
Pierre Morcellet

La catégorie de la demande comme pivot de la relation thérapeutique est bien la meilleure et la pire des choses pour les soignants en psychiatrie.

La meilleure en ce qu'elle est historiquement venue comme antidote aux excès de l'ordre social et du pouvoir médical, dans une pratique où la contrainte est, de fait, un mode d'entrée fréquent dans les procédures. La meilleure, aussi, en tant qu'elle se propose d'écouter l'insaisissable du désir obéré par les blessures symboliques et l'aliénation. Elle engage à un travail réciproque, dans le respect.

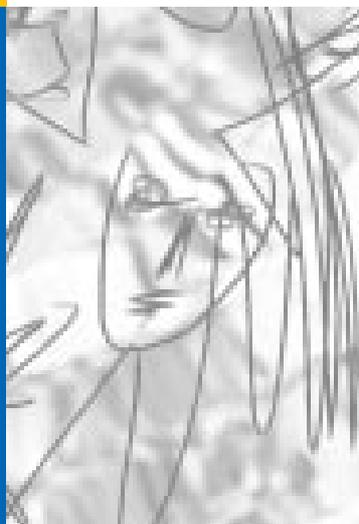
La pire des choses lorsqu'elle se dévoie à attendre le client, un client policé qui sait ce qu'il veut, bref déjà partiellement guéri. La pire des choses si son absence permet l'alibi théorique du retrait, en toute bonne conscience, lorsque la personne est orientée par un tiers non légitimé, ou si la demande est maladroite et se perd dans le prosaïque des objets sociaux.

A travers les exigences consuméristes actuelles, les injonctions des tutelles, les appels au secours des tiers sociaux, la fragmentation et les avatars d'une demande qui ne cesse de se métamorphoser dans ses modalités, comment garder une oreille ouverte aux balbutiements d'un sujet en sa singularité et en sa souffrance ?

Comment rester dans ce qui constitue le premier acte éthique du soignant en psychiatrie ?

La demande est un lien à construire, quand la crise sociale est crise du lien social, là où les vécus de perte, de honte, d'abandon, de désespoir, de dépendance, les mécanismes de déni, de clivage, la révolte aussi, vont à l'encontre d'un tel processus. Comment parvient-elle au travailleur social ou au médecin généraliste, comment la recevoir, comment l'orienter, ou non, vers les professionnels en santé mentale ? Comment traiter la demande si elle apparaît seulement comme celle du travailleur social ? Comment porter l'action soignante là où s'exprime la demande, sans pour autant être partout ?

La question en débat dans ce n°2 de Rhizome interroge les soignants sur leur écoute en contexte social de désaffiliation. Une psychiatrie publique de secteur peut-elle s'abstenir devant la métamorphose de la question sociale (Castel) et de la souffrance psychique qui l'accompagne ? Cela ne signifie certainement pas un oui ou un non exempt de réflexion, mais appelle à un engagement raisonné.



## Au sommaire

#### DOSSIER : LA DEMANDE

Besoin-Demande-Désir <i>J.L. Graber</i>	p.2
De la demande du patient à l'exigence de l'usager <i>J. Dalery</i>	p.3
La récusation de l'aide comme symptôme <i>J.P. Martin</i>	p.4/5
La demande de l'adolescent <i>M. Gilloots</i>	p.5
Le cheminement de la demande : de l'insertion au soin <i>Ch. Laval</i>	p.6
La demande, quelle demande ? <i>B. Elghozi</i>	p.7
Demande de reconnaissance sociale par l'action collective <i>Y. Clot</i>	p.8/9

#### LE COIN DU CLINICIEN

Connaître l'impossibilité de la demande *J. Furtos* p.9

#### SUR LE TERRAIN DES PRATIQUES

Création d'une Unité Mobile d'Action Psychiatrique Pour Personnes Précarisées à Rouen *UMAPPP* p.10

#### LIBRES PROPOS

Pour une politique de secteur qui évite l'atomisation des réponses. *J.P. Losson* p.11

#### MIEUX CONNAÎTRE LES DISPOSITIFS

Le PRAPS p.11

ACTUALITÉS p.12

LA PAROLE EST À VOUS p.12

# Besoin-Demande-Désir

**J.L Graber a tenu la gageure d'exposer succinctement l'essentiel d'une trilogie classique à laquelle il est non moins classique de se référer dans le sens d'une demande d'analyse mais plus largement d'une demande de soins.**

**J.L GRABER**

Pédopsychiatre  
Centre Hospitalier  
Lyon Sud  
69495 Pierre-Bénite  
cedex.

Souvent confondues dans le langage courant en ce qu'elles énoncent les états de manque du sujet parlant, ces trois notions gagnent à être différenciées en psychologie humaine.

**Le besoin ou le malaise du corps.** Sensation de tension interne exigeant une satisfaction immédiate avec un objet spécifique, le besoin est l'expression de la pulsion d'auto conservation vouée à la répétition (faim, soif, mais aussi emprise, fuite). Il s'agit d'un concept limite, presque de laboratoire, puisqu'en réalité, le besoin ne peut se passer de l'Autre pour se réaliser, en particulier chez le petit enfant. Ce concept est utile dans la clinique des conduites addictives et rend compte du fait que le toxicomane est tout autant dépendant du manque que du toxique qui comble le manque...

**La demande, ou la quête de l'Autre...**

La demande est plus que la simple expression d'un besoin et ne peut se réduire à la demande d'un objet car elle vise au delà de l'objet en ce qu'elle s'adresse à un Autre et qu'elle trouve toujours en son fonds une demande d'amour, suffisamment radicale pour qu'elle soit insatisfaite.

S'adressant à l'Autre, énigmatique dans sa réponse, la demande s'inscrit d'emblée dans le désir de l'Autre et se nourrit de la relation intersubjective dans la dialectique de l'offre et de la demande.

.....à travers l'objet....

L'objet de la demande n'est pas rien ; il devient le signifiant de l'échange intersubjectif et du désir de l'Autre. Perdue sitôt qu'arrivée, la satisfaction qu'il apporte, mémorisée, est vouée à la répétition avec des objets substitutifs et leurrants.

.....par la médiation des mots...

Demander implique de parler (avec le risque de refus de l'Autre) et de se plier à l'arbitraire du langage. Demander n'est pas facile . On s'expose à l'insatisfaction. Celui qui se plaint ne demande rien ; il se satisfait de l'étalage de son propre manque. L'enfant psychotique, lui, ne se risque pas à demander. Il s'auto-satisfait lui-même avec l'objet et son mutisme témoigne de son refus de langage en tant que loi primordiale « moi tout seul sans autre ! » ou « plutôt mourir psychologiquement que faire allégeance à l'Autre du langage ».

**Le désir de l'Autre.**

Le désir se déploie dans l'au-delà de la demande. Il ne vise pas un objet. S'étayant sur la pulsion et le besoin, il vise cette part d'altérité non

réductible au même. Désir de communiquer, d'être en relation, d'être reconnu ou désiré, désir de connaître et de comprendre... ; il est désir de l'Autre , mais d'un Autre barré, manquant, soumis à la loi. L'appel à l'Autre est toujours tentative de combler son propre manque-à-être inhérent à la condition humaine et qui repose sur deux limitations. D'abord l'interdit de jouir du corps de la mère qui pousse le petit enfant à renoncer à son omnipotence ; et ensuite, du fait même que nous parlons, nous souffrons d'un manque-à-être représenté dans ce que l'on dit. Il existe un écart entre la tension qui nous pousse à parler et les pauvres mots que l'on utilise pour le faire. Le pronom qui nous désigne dans l'énoncé (le je) est ridicule dans sa prétention à nous représenter.

Le désir, en partie inconscient, est permanent, indestructible, repérable dans les répétitions, les rêves, les symptômes, mais aussi dans les mouvements de joie quand il se réalise.

A contrario, l'envie est un ersatz de désir. Elle est l'illusion de croire que la possession de l'objet ou de l'autre pourrait combler le manque-à-être.

Terminons ce bref voyage par un retour à la demande et précisément dans sa forme négative : la non demande (d'aide, de soin, etc...) alors même que la personne en souffrance « en aurait besoin ». Point de butée et d'impuissance des soignants ou des travailleurs sociaux, elle devrait les inviter à s'interroger sur leur offre (besoin de normaliser ?). La main tendue est insuffisante si elle ne s'accompagne pas de paroles explicitant l'offre et d'écoute de ce que l'autre met en jeu de son désir et de sa liberté dans un apparent refus d'aide. ■



# De la demande du patient à l'exigence de l'utilisateur

**Nous avons posé la question à J. Daléry : que devient la demande dans un contexte de savoir médical médiatisé et consumériste ?**

**J. DALÉRY**

Professeur de Psychiatrie  
Université Lyon 1  
C.H. Le Vinatier  
69500 Bron

Classiquement, c'est la demande de soins explicitement exprimée par un sujet qui autorise la mise en place d'un cadre psychothérapeutique. La relation entre demande et désir a largement été théorisée et a apporté une réflexion unique qui a servi de modèle à la relation soignant-soigné. Dans ce modèle, et un peu schématiquement, on peut dire qu'il faut attendre cette démarche active du patient pour qu'une réponse en termes de soins lui soit proposée. Mais alors, que dire des demandes de consultations en CMP lorsqu'un rendez-vous est proposé au patient trois mois après ? Il est vrai que certains patients sont très améliorés une fois cette demande faite, et le fait d'être inscrit sur une liste d'attente induit un changement psychique parfois aussi important qu'un processus thérapeutique clairement codifié.

Si, dans le cadre d'une cure classique ce schéma demande - réponse garde toute sa valeur théorique et pratique, il est évident que l'expérience quotidienne est assez éloignée de ce schéma. L'hospitalisation en psychiatrie est rarement la suite d'une demande du patient, au même titre que la prévention et la post-cure qui font partie intégrante de notre mission de secteur, et alors que les hospitalisations sans consentement sont de plus en plus fréquentes.

D'autres situations sont possibles, et il apparaît que le psychiatre est de plus en plus sollicité pour intervenir en dehors d'une demande clairement exprimée par le patient. Ces nouvelles situations interrogent les soignants en posant des problèmes théoriques et pratiques nouveaux. Nous prendrons quelques exemples. La loi impose une « obligation de soins » pour certains sujets condamnés pour « attentat sexuel ». Il est évi-

dent que, dans ce cadre, le sujet cherche le plus souvent à se protéger en souscrivant à cette obligation, mais qu'il ne sera pas véritablement impliqué dans un processus de soins. De plus, que peut faire le psychiatre lorsque le patient ne se rend pas à ces consultations imposées par la loi ? Ne rien dire ? Dénoncer ? On sait très bien que lorsque cette demande de soins est faite par le juge, elle a peu de chance d'aboutir à l'effet escompté, celui d'une normalisation comportementale, au même titre que celle faite par une mère abusive ne supportant pas les tentatives d'autonomie de son fils, et celle faite par un enseignant intolérant au comportement d'un élève.

La pratique du « debriefing » est devenue communément admise. Un psychologue est présent dans la voiture du SAMU pour être au plus près du drame qui vient de se dérouler, pour obliger le sujet victime d'une agression à s'exprimer sur le coup. Cette démarche qui consiste à soumettre la victime à un « interrogatoire pour l'obliger à parler » obéit à un idéal de société qui privilégie la transparence, où rien ne doit être caché, même pas la vie sexuelle du président des États Unis d'Amérique, surtout si les caméras de CNN sont là ! On sait maintenant que cette « parole à tout prix » peut avoir des effets néfastes et qu'il faut parfois savoir respecter la souffrance dans le silence des mots et attendre le moment où la demande d'aide pourra s'exprimer.

Les progrès de la recherche clinique en psychiatrie et la médiatisation de la discipline sont aussi venus apporter des changements dans les demandes. En préalable à une demande d'aide, les patients et leur famille demandent, voire exigent, d'avoir des explications sur le diagnostic, le pronostic, le risque génétique, les mécanismes étiopathogéniques en cause. Les familles de patients psychotiques demandent à participer au processus thérapeutique. Les

parents de sujets schizophrènes deviennent des co-thérapeutes après avoir longtemps été accusés d'être responsables de la pathologie de leur enfant. Les patients exigent toutes les informations sur les traitements prescrits, s'informent des avancées de la recherche et se regroupent en association. Ils disent, par exemple, « j'ai un T.O.C. » ou « j'ai une phobie sociale » et ils demandent « le traitement standardisé » dont ils ont entendu parler dans la presse ou dans une émission télévisée. La demande de soins n'est plus une demande personnalisée de donner un sens à cette souffrance à partir d'une histoire unique. C'est une demande de soins standardisée.

Il nous semble que le champ psychologique est de plus en plus sollicité par des demandes nouvelles qui viennent interroger notre pratique. Les patients sont devenus des consommateurs de soins. Dans une attitude défensive et pour étayer et enrichir ces demandes, ils se regroupent en associations, ils s'expriment dans les médias. Ils connaissent parfaitement leur maladie et son cadre nosographique, à défaut de se connaître eux-mêmes. Ils sont prêts à demander réparation s'ils estiment, à tort ou à raison, avoir été victime d'un préjudice alors qu'ils n'avaient pas été informés d'un risque. Leur demande devient pressante. Ils exigent des soins modernes de qualité, rapidement efficaces et sans effets secondaires. Ils demandent la dernière molécule mise sur le marché, une sorte de « viagra » autorisant une performance psychique optimale, ou la dernière technique psychothérapeutique à la mode aux U.S.A. lue dans un magazine.

Ces données nouvelles sont en train de bouleverser notre relation soignante et imposent une réflexion théorique approfondie pour adapter notre réponse à ces nouvelles demandes. ■

# La récusation de l'aide comme symptôme

**J.P. MARTIN**

Psychiatre  
Chef de service  
Hôpital Esquirol  
94413 St Maurice  
cedex

**BIBLIOGRAPHIE :**

«Patronymies».  
Considérations cliniques  
sur les psychoses. Marcel  
Czermak, Ed. Masson  
1998.

*1 Arrimage : la récusation serait donc très exactement ce qui empêche l'affiliation et entraîne une désaffiliation ; celle-ci peut être positive si une réelle position d'autonomie est possible. Dans le cas contraire, elle entraîne la spirale de l'exclusion. Remarque de Jean Furios à partir du colloque « Pertinence d'une clinique de la désaffiliation » Séminaire ORSPERE 1999.*

Il est fréquent d'entendre les errants refuser toute aide institutionnelle, tant du côté d'un hébergement d'urgence que de celui des soins nécessités par une blessure ou toute lésion corporelle. Cette position psychique singulière a été reliée par les sociologues à des vécus de disqualification ou de honte témoignant d'une désaffiliation sociale, c'est à dire d'un processus de rupture de sens dans la représentation des structures. L'intériorisation vulnérabilise ce qui fait lien aux autres et à soi-même. Cette altération du sujet dans son image de soi, dans ses vécus corporels s'explique par la marginalisation identitaire et les vécus d'exclusion de la société. Le refus de l'assistance est celui d'un surcroît d'objectivation dans la vulnérabilité, la société étant vécue comme globalement hostile. Il en résulte une altération du sens de l'aide proposée qui devient humiliante et source de persécution.

La notion de récusation, terme juridique qui traduit le rejet d'une autorité, sa disqualification, nous paraît rendre compte de ce refus de l'aide institutionnelle. Elle inscrit un rapport de subjectivité au social qui apparaît, cependant, complexe car s'éloignant d'un simple effet de causalité. Qu'est-ce qui étaye cette inscription de clivage vis à vis des objets sociaux ? N'y a-t-il pas une position de type psychotique à se représenter ainsi la relation d'objet ? Ce qui évoque dans la théorie freudienne une névrose actuelle dans son lien entre le traumatisme et la blessure narcissique, associant un impossible refoulement avec le déni de la relation d'objet, est repris par M.Czermak dans son ouvrage « Patronymies » comme une altération de la nomination du père. C'est le nom du père qui est récusé dans les amnésies d'identité, situations que l'on retrouve chez de nombreux errants. Celui-ci est « inavouable, désavoué ou bafoué », la récusation étant l'opposition à ce qui « engendre contraintes et arrimages<sup>1</sup> ». Le sujet dans sa quête désespérée de reconnaissance convie l'Autre à gérer à sa place au nom du nom récusé. Notre pratique a mis en évidence cet

aspect de la récusation dans l'utilisation fréquente par les personnes en errance de pseudonymes, de noms de guerre, reliés à une identité de « zonards » vécue à travers la réalité de marginalisation. Ici le nom devient un lieu, une trajectoire, dans lesquels le sens de la vie du sujet est en suspens. Le lien social est réduit à cette réalité totale, et s'explique dans le pseudo, que celui-ci ait été choisi ou attribué, comme le produit prévalant du réel. Nous pouvons illustrer ce propos par l'observation suivante : un homme âgé d'une trentaine d'années demande une aide médicamenteuse dans le cadre du sevrage d'une toxicomanie apparue lors de périodes d'errances autour des Halles. La relation est d'emblée problématique car il refuse d'être nommé autrement que par son pseudo, ce qui soulève la question même de ce qui est adressé au soignant. Il apparaît, cependant, au fil des entretiens des éléments transférentiels qui s'expliquent par la confiance accordée au « thérapeute » et le récit de son itinéraire depuis l'enfance. Il n'a pas vraiment connu son père et la mère a dû l'élever seule. Dès le plus jeune âge il a été en échec à l'école alors même que son niveau scolaire est bon. La source de souffrance est rattachée au nom à consonance maghrébine du père qui l'a reconnu, mais dans le même temps il ne peut le nommer. Cette situation va perdurer pendant plusieurs mois pendant lesquels il consent à ce que le patronyme de sa mère soit noté sur son dossier. Un jour, comme par mégarde, il lâche le nom du père et réagit par une grande confusion. Il cesse alors de venir, et nous apprendrons plusieurs années après la reprise massive de sa toxicomanie et son décès par overdose. La récusation du nom du père est dans ce cas manifeste et surtout vitale ; il ne peut affronter le réel avec ce nom là, ni la relation au thérapeute.

Cet exemple permet d'aborder également la différence entre récusation et forclusion psychotique. En effet, dans ce cas, le nom du père continue à faire référence et n'est pas dénié ; le lien générationnel n'est pas brisé il

est simplement suspendu dans la relation au réel, ne gommant pas les dimensions symboliques et imaginaires.

Nous devons donc trouver la voie qui permette à la récusation d'être levée sans qu'elle devienne un enjeu vital.

Nous avons développé une pratique reposant sur la rencontre dans un groupe de paroles qui s'est constitué sur le terrain d'une association. Il semble qu'elle permette une adresse aux soignants au nom de tous les membres du groupe, voire de l'association. Les liens personnalisés se construisent à travers ce détour par une appartenance qui prend en compte le temps et la continuité, mettant en œuvre une sorte de réaffiliation sociale. L'exemple d'un autre patient pris dans l'amnésie de sa propre histoire vient éclairer cette approche : cet homme qui a dépassé la trentaine est d'origine maghrébine. Nous le rencontrons pendant une longue période dans le groupe où il ne parle de lui-même qu'à travers sa situation de sans-papiers. Il noue ainsi une relation privilégiée avec une des infirmière qui anime les échanges, celle-ci lui proposant son accompagnement dans les démarches administratives. Ce premier temps va passer par l'acceptation par lui d'une remise en cause d'une solidarité familiale avec un cousin qui l'a exploité et meurtri. L'instauration de cette confiance à potentialité transférentielle permet de reconstruire son histoire médicale et la reconnaissance de son corps comme objet de soins. Il ré-explore ainsi des moments de son histoire générationnelle et de l'enchaînement des événements de sa vie. L'identité du pseudo mis en avant dans la rue évolue vers celle portée par le nom du père, les deux restant, à ce jour, co-accollées.

Ces déclinaisons à partir d'une connaissance psychanalytique laisse cependant le sentiment d'une approche partielle. En effet elle n'éclaire pas complètement les différenciations qui s'opèrent dans la récusation des institutions sociales, car les liens qui se pérennisent à travers l'association (ici caritative) sont de l'ordre

# La demande de l'adolescent

## Quand la précarité sociale redouble la précarité psychique...

**M. GILLOOTS**

Pédopsychiatre  
CH St Jean de Dieu  
69008 Lyon

Quelle est la demande des adolescents ? Plus qu'un inventaire clinique cette question renvoie à l'énigme de la construction du sujet. Car l'adolescence est "l'aventure de la subjectivation" (R. Cahn), la traversée du doute sur les liens à autrui et l'identité.

La précarité psychique est bien une expérience essentielle et commune à tous les adolescents. Cependant, lorsque l'adolescent vit dans un contexte de précarité sociale, cette dernière risque de le priver des appuis nécessaires, de rendre ses tentatives d'affirmation subjectives plus périlleuses. La dilution des liens avec la famille élargie, l'absence de réseau de solidarité, la transmission d'une représentation d'une société hostile et d'une identité d'exclusion isolent et avivent la souffrance narcissique. Ceci peut également orienter vers des solutions alternatives antisociales, notamment dans la délinquance. Le rapport du Haut Comité de la Santé Publique sur "La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes" souligne qu'à côté de la réussite individuelle c'est d'abord la confiance en soi et l'appartenance à un groupe social qui sont en jeu à cet âge de la vie, vulnérabilité qui est illustrée par la prédominance des troubles "psychosociaux". Les conduites suicidaires, la violence agie ou subie, les troubles du comportement alimentaire, la consommation d'alcool, de cannabis sont ainsi des modes d'expression privilégiés de la souffrance psychique. "Demander" peut donc sembler bien au delà des capacités de l'adolescent.

Pourtant ils demandent rendez-vous dans des lieux de consultation : parfois dans l'urgence, souvent de façon proche. Ils téléphonent pour le déplacer ou l'annuler, marquant leur investissement de l'aspect formel de la rencontre. Le contenu de l'entretien, souvent réduit à des réponses laconiques, illustre le vécu d'étrangeté à soi de l'adolescence, qu'il convient de considérer dans la dynamique du processus d'appropriation subjective.

*Tony 14 ans est amené par son père à la consultation du CMP des Minguettes. L'adolescent se présente spectateur indifférent de la rencontre, elle même portée par une chaîne d'intervenants comprenant notamment le juge pour enfants, l'assistante sociale chargée de la mesure d'aide éducative, le conseiller d'orientation du collège. Il consent néanmoins à revenir et au cours des séances hebdomadaires, pendant deux ans, nous évoquons la banalité du quotidien d'un adolescent en grave échec scolaire, isolé, corrigé de façon excessive par son père et abandonné par une mère incapable de lui montrer la moindre attention. Du passé je n'apprendrai rien de plus que ce qui m'a été dit par le père lors de la première consultation : le placement à l'âge de six mois en raison des troubles mentaux de la mère et de la précarité de la situation socioprofessionnelle du père, les changements de nourrice, les demi frères que Tony croise parfois, et enfin la décision du juge de restituer Tony à son père il y a deux ans. Peu de choses aussi à propos des difficultés financières - le RMI du père et la mai-*

*gre pension de la grand-mère italienne ne permettent pas à Tony de porter "de la marque" et d'acheter des jeux informatiques mais cela ne fait pas l'objet d'une revendication ou d'une plainte. Nous parlons de ce que Tony fait, de ce qu'il pense au sujet des rares événements dont il me fait part. Derrière l'inertie et le partage du mortel ennui apparaissent des possibilités d'actions et de choix : refuser d'attendre en vain sa mère aux rendez vous organisés par l'assistante sociale, s'inscrire à un club de hip hop, prendre le risque d'une altercation violente avec son père, participer à un projet d'orientation. Et formuler son souhait d'arrêter une thérapie qui n'a pris son sens que dans l'après coup de l'élaboration de cette décision.*

Plus qu'une nosographie psychiatrique ou une exploration des traumatismes infantiles, la clinique requiert une évaluation des possibilités du sujet à répondre à l'exigence de travail psychique de l'adolescence et des recours à sa disposition : dans son entourage et dans sa capacité à agir. La demande est ainsi avant tout une interrogation "formelle" sur l'interlocution et la possibilité de soutenir le pouvoir structurant du doute. Ceci n'est possible que si l'adulte résiste à la séduction de l'adolescence perpétuelle, modèle porté par les valeurs de mutation permanente de notre société, comme le souligne le rapport cité. L'énigme de la rencontre avec l'adolescent n'appelle pas de résolution mais une attention, l'anticipation du plaisir du travail de penser. ■

## La récusation de l'aide comme symptôme (suite)

institutionnel. Si ceux-ci paraissent, à bien des égards, archaïques, ils témoignent également d'un lien humain entre laissés pour compte qui mobilise un certain nombre d'objets sociaux. Pour ceux qui s'y inscrivent le clivage n'est donc pas complet, ce qui pose la question de la place de la récusation par rapport à ce clivage.

En outre, la récusation des institu-

tions qui fonctionnent sur l'identité et la domiciliation ne concerne pas que le nom du père et n'est pas totale. L'affiliation administrative s'établit, en effet, à travers d'autres formes de nominations comme le numéro d'immatriculation, les codes bancaires... ; dans ce cas elle est plus aisément levée, lors d'une demande de RMI par exemple. La récusation n'est donc pas exempte de raisons

économiques et politiques qui viennent interférer et témoignent que ces « refuzniks » ne sont pas totalement hors de la société.

La notion de récusation apparaît donc différenciée selon les sujets pris dans les rapports conflictuels du social et de leur monde interne, rejoignant ce qui fait débat quant aux liens entre la clinique et le social. ■

### BIBLIOGRAPHIE :

- Haut Comité de la Santé Publique  
Rapport sur «La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes»,  
Février 2000
- Cahn R.  
«L'adolescent dans la psychanalyse, l'aventure de la subjectivation»,  
Le fil rouge, PUF, 1998.

# Le cheminement de la demande : de l'insertion au soin

**Une demande d'aide psychologique débute souvent bien avant la première demande adressée au psy.**

Aujourd'hui, une partie de l'action des professionnels de l'insertion consiste à travailler l'écart de plus en plus important entre les dimensions sociales (trouver un travail) et les dimensions psychiques (pouvoir l'investir) des actions qu'ils proposent, et ce, sans chercher à le réduire à une seule de ces deux composantes.

En contexte d'insertion, l'élaboration d'une demande d'aide est d'abord un processus intersubjectif entre deux ou plusieurs personnes où percevoir la souffrance dans un cadre non soignant, puis pouvoir éventuellement en témoigner aux spécialistes de la souffrance psychique, reste fortement marqué du sceau de la contingence.

Une demande d'aide psychologique débute souvent bien avant la première demande adressée au psy. Elle se construit toujours circonstanciuellement, casuellement, de personne à personne. Elle est peu prévisible à l'échelle d'un dispositif car elle se construit dans l'interstice des procédures existantes dont la finalité affichée n'est pas l'accès aux soins. En conséquence, ses formes d'expression sont souvent tributaires des représentations que les individus se font des dispositifs dans lesquels ils évoluent. Par exemple, dans le cadre d'un programme de retour à l'emploi, les composantes personnelles ou familiales seront au moins dans un premier temps hors-cadre alors qu'elles arrivent souvent au premier plan dans les interactions.

Lorsque les énoncés contingents au cadre d'insertion ne peuvent être soumis à l'appréciation de thérapeutes, la souffrance n'est souvent envisagée que du point de vue de ses causes, que celles-ci soient attribuées

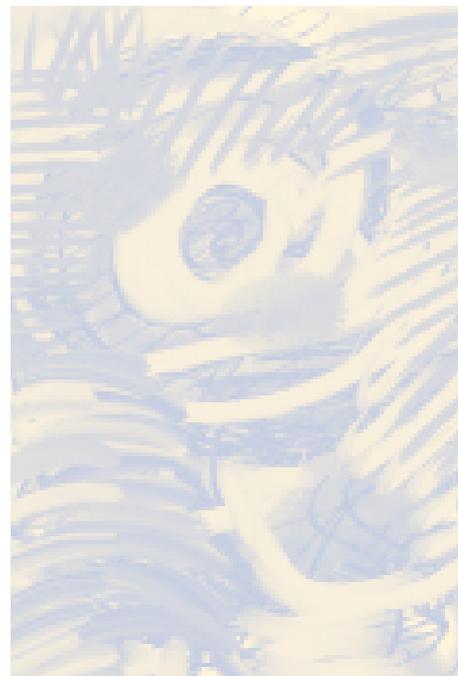
à une fragilité inhérente aux individus ou lues comme une conséquence de politiques sociales défailtantes. Dans ces deux cas, l'incertitude sur la qualité proprement psychique et intersubjective de la souffrance ne facilite pas le processus d'émergence d'une demande de soins. Parce que la souffrance présente ne se conclue par aucune *décision* (de soins ou autres), l'avenir de la situation est perçu comme imprévisible. Les intervenants se disent alors paralysés dans leur pensée et leur action : *« une personne qui se laisse détruire, il n'y a pas que le côté financier, il y a peut-être autre chose derrière. Moi, ça me gêne parce que je me dis qu'il y a peut-être autre chose mais comme je ne connais pas, je ne vais pas m'aventurer. Quand les gens n'ont pas de demande ou que la demande est tellement flagrante, elle est physique, mais elle n'est pas formalisée par des mots ; on fait quoi? »*

Dans cette situation, les professionnels de l'insertion ne peuvent s'empêcher d'anticiper avec appréhension les conséquences futures sur la santé mentale des personnes. *L'indécision* présente actualise un *risque* pour le futur. Même si la nature exacte de ce risque reste vague, les intervenants ne peuvent s'empêcher d'en mesurer les incidences. Ils déplorent l'absence d'informations, le peu de relais, l'impossibilité de croiser les points de vue, la non-coordination avec les équipes de soins, ou encore l'aspect aléatoire de l'offre psychiatrique. Mais surtout ils pointent une corrélation importante entre l'aspect contingent du processus d'élaboration de la demande et le degré de coordination entre les

acteurs de l'insertion et ceux de la santé mentale.

L'enjeu clinique consiste dès lors à produire des cadres d'action transitionnels ou le « pré-diagnostic » des tiers puisse être discuté en *confiance* avec les psy sur les lieux même d'émergence de la souffrance psychique. Par exemple certaines Pré-CLI<sup>1</sup> invitent des assistantes sociales en psychiatrie, voir des psy, et fonctionnent déjà sur ce modèle.

Au niveau des principes, ce cadre à co-construire avec les usagers, les intervenants et les thérapeutes



consiste à promouvoir un *partenariat à demande réciproque* afin de ne plus traiter la souffrance psychique selon une logique de risque (celui de rater son insertion sociale et professionnelle pour l'usager et celui de se percevoir dépassé dans sa compétence pour l'intervenant) mais selon une logique de prévention et de soins en partenariat. ■

Ch. LAVAL

Sociologue  
ORSPERE  
CH Le Vinatier  
69500 Bron

<sup>1</sup> CLI : commission locale d'insertion

# La demande, quelle demande ?

## B. ELGHOZI

médecin généraliste,  
Réseau Ville Hôpital  
Créteil, Centre  
Hospitalier  
Intercommunal de Créteil  
Groupe de travail « santé  
mentale et exclusion » de  
Créteil Solidarité

Lorsque mon ami Christian LAVAL m'a demandé d'écrire ces quelques lignes sur « la demande des personnes en situation de souffrance psychosociale, telle qu'elle arrive au cabinet du généraliste », j'ai spontanément donné mon accord. J'évaluais mal les difficultés que j'aurais à rendre compte de la réalité de ma pratique autour de ce concept impalpable « la demande des personnes en situation de vulnérabilité psychosociale ».

Dans mon exercice de médecin de quartier à Créteil, je suis confronté depuis plus de vingt ans aux personnes fragilisées tant par des difficultés économiques que par la fragilité psychique, voire la maladie mentale. Il s'agit de personnes, déstructurées autant dans leur tête que dans leur relation à l'autre et à leur environnement social, dans l'incapacité de mobiliser au moins momentanément leurs propres ressources et souvent éloignées de la réalité du monde qui les entoure.

Je suis rarement en mesure de comprendre ce qu'elles me veulent... ce qu'elles attendent de moi, professionnel de santé auprès duquel elles se déplacent. Quelle est leur demande ? En général il n'y en a pas en dehors d'une demande de réponse immédiate à une situation « d'urgence ressentie ». « Vite, Docteur, faites quelque chose... je suis pas bien ». Je ne me souviens pas avoir rencontré de déprimé qui vienne formuler une demande d'hospitalisation, de psychotique en bouffée délirante qui me demande d'initier un traitement, d'adolescent en rupture familiale qui me demande de l'aider à sortir de sa relation de « dépendance au produit ». La rencontre répond généralement à un moment de crise où, à un moment donné, dans un contexte particulier, sont indissociables les éléments médicaux et sociaux. Il est alors nécessaire avant toute autre démarche de repérer la nature des troubles, les réactions auto ou hétéro agressives, son ressenti (et ses représentations) ainsi que les réactions de l'entourage.

Pourquoi face à des situations semblables quant à la gravité et à la multiplicité des problèmes, mon ressenti est-il différent ? Il est donc indispensable de me positionner en repérant mes propres représentations, voire mes craintes ou ma propre peur.

La crise peut le plus souvent être résolue avec du temps alors que les réponses apportées dans l'urgence améliorent rarement la situation initiale. La résolution d'une crise

peut s'avérer structurante tant pour la personne en souffrance que pour la relation avec le thérapeute potentiel que je suis.

Une des priorités reste de différencier l'urgence psychiatrique de la crise psychosociale ?

L'impression que j'ai le plus souvent est d'être confronté à une souffrance qui touche à l'insupportable: la crise serait **“l'explosion soudaine d'un mal-être”**.

Ces situations de crise révèlent à la fois des contradictions internes à l'accompagnement, l'insuffisance de la palette des réponses possibles, et la difficulté de réunir les conditions nécessaires à une écoute réelle.

La souffrance de ces personnes demande tout d'abord une disponibilité immédiate et un temps d'écoute rarement accessibles dans la pratique de la médecine de quartier. Une des questions essentielles est celle du temps: temps nécessaire à la prise de recul, temps nécessaire à la pose d'un diagnostic, temps nécessaire à la recherche de partenaires potentiels et de solutions. Ce temps, c'est la qualité et la sécurité de ma pratique, ce temps dans ces situations il est difficile de le prendre et pourtant c'est ma survie de professionnel qui est en jeu et je l'exige.

En effet, la solution la meilleure ne peut être trouvée tant que la situation n'est pas mise à plat pour étudier et peser avec d'autres les différentes alternatives. Mais les problèmes matériels exigent souvent une réponse rapide. Je me retrouve dans une situation ambiguë où, du fait de la souffrance des gens, je suis amené à prendre des décisions à leur place et aux conséquences incertaines. Il semble que cette double contrainte – trouver des solutions rapides ET prendre le temps avec la personne pour l'aider à formuler quelque chose qui pourrait alors avoir à faire avec la demande – participe à la perception de la difficulté liée à la situation de crise.

Le manque de solutions intermédiaires accentue ou parfois crée la crise. Le manque de souplesse dans les critères d'accueil et l'absence d'un accompagnement vers les structures intermédiaires rendent leur recours difficile. L'absence de médiation possible entre la ville et l'hôpital, entre les professionnels de santé libéraux isolés et les structures d'hébergement ou d'hospitalisation, l'absence d'articulations et de coordination entre les professionnels de santé et les interve-

nants sociaux renforcent l'isolement des patients et souvent aussi celui des professionnels.

L'absence fréquemment mentionnée de médecin de famille « référent », de liens familiaux et de tout réseau relationnel place le professionnel en situation d'intervenant presque exclusif.

De ce fait, les représentations respectives de ceux qui pourraient logiquement être des partenaires sont telles qu'elles nuisent à une concertation qui pourrait peut-être parfois éviter la crise ou du moins en infléchir les impacts.

**Nous devons ensemble travailler à mettre en place des réponses pluri-disciplinaires**

Il n'y a pas de modèle a priori: les professionnels adaptent leurs pratiques, inventent des solutions avec la personne concernée.

Cependant la réponse passe par le repérage quelques éléments méthodologiques:

Un **temps d'écoute** qui permet de dédramatiser la situation, de désamorcer l'agressivité, puis d'instaurer une relation de soutien.

La réflexion se fait avec la personne, à partir de ses possibles et pas seulement à partir de ma lecture de ses problèmes. Elle cherche à s'appuyer, autant que faire se peut, sur le **réseau** propre à la personne.

En tant que professionnel, mon rôle est aussi celui « d'accompagner » la personne. Je suis prêt à abandonner une partie de mon pouvoir pour m'autoriser à plus de relation affective. Il s'agit plus d'un **engagement** dans une démarche d'accompagnement que de la classique « neutralité bienveillante ».

La démarche consiste davantage à **ouvrir des possibles**, à élargir la palette des solutions, qu'à trouver la bonne réponse. L'abandon de l'illusion d'une solution parfaite et unique permet à la fois plus de pragmatisme au niveau des moyens, et un accompagnement vers une meilleure **inscription dans le réel**.

Pour briser l'isolement des acteurs, une des pistes les plus pertinentes aujourd'hui est la construction de nouvelles pratiques communes décloisonnant les logiques institutionnelles pour rapprocher les professionnels de santé et les intervenants sociaux. C'est pourquoi nous devons continuer à travailler localement ensemble au développement des réseaux de pratiques coopératives sanitaires et sociales. ■

# Demande de reconnaissance sociale par l'action collective

Y. CLOT

Professeur de Psychologie.  
Chaire de psychologie du travail.

CNAM  
75005 Paris

ENQUÊTE RÉALISÉE  
AVEC J.R. PENDARIÈS, POUR LE  
MINISTÈRE DU TRAVAIL, AVEC  
L'ASSOCIATION POUR L'EMPLOI,  
L'INFORMATION ET LA  
SOLIDARITÉ.

Le rapport peut être obtenu  
auprès de J.R. Pendariès,  
APST-CNRS,  
Université de Provence,  
Avenue R. Schuman,  
13000 Aix-en-Provence.

**La question de la demande de reconnaissance sociale ne renvoie pas nécessairement à la demande dans le cadre de la relation duelle mais peut prendre forme dans une action collective.**

L'attitude des autres fait partie du réel du sujet concerné. Une association qui se fixe comme but de transformer le sens de l'injustice vécue en colère contre un adversaire identifié, et qui le fait en vue d'obtenir des résultats tangibles, adopte ainsi une conduite en rupture avec les attitudes dominantes dans la "gestion" du chômage. Elle montre, en désignant l'objet social du drame derrière chacun de ses sujets, qu'une situation profondément "anormale" peut devenir la source d'un investissement personnel transformé dans l'action. C'est en cours d'action contre une injustice sociale que la haine des autres et de soi peut se muter en colère contre des rapports sociaux impersonnels. En ce sens, on peut dire que la culpabilité se trouve subvertie quand la honte se renverse et que ce sont des politiques institutionnelles et sociales qui sont collectivement stigmatisées par les chômeurs "associés". Cette "dé-subjectivation" par l'action est au principe d'une ré-appropriation subjective. En effet, elle inscrit les conflits du sujet dans un registre symbolique. Elle l'affranchit de la dépendance à l'égard d'une relation soumise à l'arbitraire de celui qui le reconnaît ou qui l'annule en lui refusant cette reconnaissance (P. Aulagnier, 1975). Il existe d'ailleurs une intéressante "culture de la révolte" dans une association comme l'APEIS<sup>1</sup>. "Il est possible qu'on ne trouve plus jamais de travail, dit Maria, mais on aura transmis à nos enfants le goût de se battre. La colère c'est une fidélité aux générations d'avant et d'après. Chaque injustice — si petite soit-elle — il faut qu'elle te révolte. Les syndicats sont trop matérialistes et sans idéaux. Avant on se battait pour des idées puis on a perdu le goût de la révolte. La vie normale c'est d'avoir le choix." Cette culture de la révolte est ici inscrite dans des transmissions, des héritages, des for-

mes sociales et des structures politiques où les places et les fonctions sont nommées et définies indépendamment des individus qui les occupent à tel moment particulier (Grataloup 1996). L'"indépendance" à l'égard des autres est soutenue par les "solidarités impersonnelles" de l'histoire sociale et symbolique entre générations.

L'existence ne reprend sens, dans cette perspective, que lorsque le sujet parvient paradoxalement à "sortir de ses pensées", comme le dit si bien Maria, en entrant dans d'autres pensées. Mais cette désaliénation, qui n'est d'ailleurs pas revendiquée par l'APEIS, ne saurait être "neutralisée". Elle s'opère contre une condition sociale qui, en l'absence d'action collective, se révèle souvent pathogène et peut parvenir à éteindre tout investissement subjectif.

D'une certaine façon la "déprivatisation" du vécu du chômage paraît bien être l'un des ressorts d'une réappropriation de soi. Nous allons le voir encore avec Philippe Villechallane : la condition subie est simultanément récusée. Mais là encore, l'ouverture du champ présent des possibles est décisif. Il faudrait ici pouvoir rendre compte des effets produits par l'organisation régulière de groupes de chômeurs en vacances (en skis par exemple) sur la vie personnelle. Indubitablement on mesure là encore la pertinence de cette remarque de M. Bakhtine : "Plus la collectivité à l'intérieur de laquelle l'individu s'oriente est forte, bien organisée et différenciée, plus le monde intérieur de celui-ci est net et complexe" (1984, p. 229). C'est la dissolution du cadre social des obligations, sa dilution comme champ des possibles qui "diminue" l'histoire personnelle des chômeurs. On le voit d'autant mieux qu'on constate que la meilleure résistance à la dépréciation de soi c'est encore la reprise par le sujet d'un genre convenu pour les activités ordinaires afin de maintenir la trame d'une existence objective. Ainsi, Philippe Villechallane remarque-t-il l'imposante nécessité

des conventions sociales de l'existence :

*"Je me suis forcé à me lever tous les matins. J'emmenais mon fils à l'école. J'allais le chercher et je le ramenais. Je me suis donné des objectifs. Résister à la télévision, par exemple, où l'on trouve toujours quelque chose à regarder de moins "pire" que le reste. Puis je me suis aperçu que j'attendais que ma compagne rentre du travail, que j'attendais l'heure de l'école. Je vivais à travers les autres, pour les autres et là j'ai réalisé que certaines choses étaient bizarres. Dans la cité où j'habite, beaucoup d'hommes sont au chômage et les femmes travaillent davantage : les hommes ne vont pas chercher leurs enfants à l'école parce que, si tu es à 16 h 30 devant l'école tu te découvres comme chômeur. Comme quelqu'un sans place. Du coup les enfants restent à l'étude. Pour les courses, c'est la même chose : moi, je faisais les courses dans la journée, la vaisselle, le petit coup de balai pour que ma compagne soit toute à moi et aux enfants en rentrant le soir et j'ai remarqué que les autres chômeurs faisaient leurs courses le soir entre 18h et 19h au moment de pleine affluence. Pour faire la queue avec les autres, ceux qui travaillent. Ils avaient l'impression de faire partie des gens socialisés. Ils volaient des petits bouts comme ça. Comme les vieux qui prennent le bus aux heures de pointe. Tu as envie de leur dire de le prendre une heure avant pour être tranquilles. Mais ils sortent à ce moment là pour être comme les autres. Ils sont abandonnés. C'est la même démarche pour les chômeurs".*

La recherche des autres c'est la recherche vitale d'activités convenues, accomplies ensemble, afin de "s'y tenir", à tous les sens du terme : fonction psychologique équivoque du genre social. Philippe Villechallane, lui, avant même son entrée à l'APEIS, travaille son propre cadre en cherchant la bonne distance avec cette "socialisation" factice et vitale à la fois. Il résiste à la condition de chômeur par des moyens détournés en prenant, s'il le faut, à contrepied les images présentes dans sa propre famille.

<sup>1</sup> APEIS : Association Pour l'Emploi, l'Information, et la Solidarité des chômeurs et travailleurs précaires.

## Connaître l'impossibilité de la demande

« J'en connais des démunis et des malheureux qui sont assez fiers de caractère.

Si on ne va pas au devant d'eux, ils n'iront pas demander. Il faut des personnes de métier qui aillent sur le terrain. Un refus ou deux et ils vont se buter et n'iront plus demander quoi que ce soit »  
(Extrait du journal interne d'un Centre d'Accueil de Jour, propos de Mr P., homme de la rue. Janvier 2000).

### Le fait sémiologique

Une bonne santé psychique est nécessaire pour demander de l'aide au moment où l'on en a besoin. Demander suppose de reconnaître, face à soi-même et à autrui, que l'on manque. Cela suppose la double perspective d'envisager à la fois la perte (et donc le deuil) mais aussi le combat et pas tout seul. Cela suppose la possibilité d'en souffrir, la lucidité de l'analyse (des causalités), l'humilité de la demande (et non la honte) ainsi que la force de l'action.

C'est dire combien une demande appropriée de relation d'aide est un luxe – oh combien nécessaire – de personne en bonne santé, qui, à la fois, conduit à la santé. Cela concerne le champ de la précarité sociale mais bien au delà.

### Principes d'une conduite à tenir devant une non demande en situation de détresse (psychique, somatique, sociale)

1. La considérer d'abord comme un signe sémiologique et existentiel de détresse.
2. Respecter la non demande sans pour autant se désresponsabiliser d'une offre (de soin, d'aide).
3. Il y a des manières de parler des besoins constatés et ressentis, des manières d'insister et de trouver des compromis sans sombrer dans la facilité de l'abandon à personne en détresse.

4. L'une des modalités est la prise en compte de la demande émanant de tiers (souvent tiers sociaux) sans tirer trop vite la couverture du désir de la personne ou du secret médical.

5. Une autre modalité est d'accepter l'inversion fréquente des demandes: demande d'un logement ou d'un travail au psy, expression de la souffrance au travailleur social. Le paradoxe, c'est à dire un monde apparemment à l'envers, fait partie des souffrances

identitaires narcissiques. Dans ce contexte, éviter le syndrome de la « patate chaude » (« allez voir ailleurs si j'y suis ») et ouvrir sur le partenariat.

6. Le plus difficile, pour l'aidant, est d'accepter de souffrir de son impuissance relative et parfois absolue et de considérer la dimension du temps (« demain, après demain, peut-être... »)

### Une vignette de non demande

Cet homme que je rencontre à Relais-SOS est blême, il a l'air vraiment épuisé. Je le connais par ailleurs et je sais qu'il a une pathologie somatique grave. Je m'approche de lui et lui conseille de se faire hospitaliser. Il me répond : « Je ne peux pas encore, j'attends de tomber ».

Effectivement, ne pouvant demander, ou ayant l'impression que sa demande ne serait pas acceptée, sa vision d'entrée dans la procédure du soin est de tomber dans le CHRS ou dans la rue, et alors les pompiers sont appelés et l'amènent à l'hôpital en très mauvais état, donc on est « obligé » de le prendre ; le refus devient impossible en l'absence de demande car c'est le besoin du corps qui s'exprime à la place du sujet. ■

J. FURTOS

Psychiatre, ORSPERE, Ch le Vinatier, 69500 Bron

## Demande de reconnaissance sociale par l'action collective (suite)

### BIBLIOGRAPHIE :

- Aulagnier P. « La violence de l'interprétation », PUF, Paris 1975.
- Bakhtine M. « Esthétique de la création verbale », Gallimard, Paris 1984.
- Clot Y. « La fonction psychologique du travail », PUF, Paris 1999.
- Grataloup N. « Créer l'espace où le Je peut advenir ». A propos du travail d'Armand Gatti, *Dialogue* n°83-84, 1996.

Ainsi :

« Pour mon fils, c'était dur l'école : que fait ton papa comme métier ? Il restait interdit. Je pouvais pas rester comme ça. Pas par orgueil mais pour sa construction à lui. Il risquait de m'identifier comme quelqu'un sans passion. Alors une fois je ne suis pas allé le chercher à l'école. Je pouvais mais j'ai menti en téléphonant pour qu'il reste à l'étude en disant à l'école que je devais

aller chez un employeur. A 18h je l'attendais. Il me dit, d'un air très mécontent : pourquoi tu n'es pas venu ? Tu n'as rien à faire ! Au fond j'étais à sa disposition. Je lui ai donc expliqué que tout ça n'allait pas durer, qu'un jour j'allais travailler et que l'école ça ne serait pas toujours possible ».

Ce que Philippe Villechallane appelle ici « résister », c'est interposer — même artificiellement — entre

lui et son fils les occupations à venir qui le rendent indisponible pour son garçon. Il n'est pas à sa disposition et cette indisponibilité sociale qu'il cultive, il a l'intuition qu'elle possède une fonction psychologique pour son fils. C'est son affiliation sociale possible qu'il utilise alors comme instrument de structuration psychique. Encore une fois on mesure ce que le psychologique doit au social. ■

## Création d'une Unité Mobile d'Action Psychiatrique Pour Personnes Précarisées à Rouen

### De l'idée ..... à la réalisation

En gestation depuis 1996, l'UMAPPP, a ouvert ses portes en novembre 1999. Composé d'un cadre infirmier, de trois infirmiers, d'un psychologue et d'un psychiatre coordonnateur, cette unité est rattachée au centre hospitalier de Rouvray mais fait aussi partie des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) prévues par la loi contre les exclusions.

Les objectifs annoncés par l'UMAPPP sont :

- développement de la prévention et de l'accès aux soins pour les personnes en grande difficulté ;
- développement du travail en réseau avec les équipes socio-éducatives, les professionnels et les bénévoles des associations concernées par le même public ;
- développement de la formation, de la recherche en psychothérapie et épidémiologie notamment et de l'évaluation.

### Une histoire de partenaires...

L'histoire de ce projet est indissociable de celle du *Carrefour des Solidarités* avec lequel l'UMAPPP travaille étroitement (même adresse et contact quotidien) . Ce *Carrefour* est un service social d'orientation et d'hébergement d'urgence (4 travailleurs sociaux) dont le principe consiste à proposer une réponse globale aux problèmes des personnes en situation d'errance ou de grande précarité. Depuis plusieurs années, cette approche intègre l'idée d'un pôle-santé au sein même de *Carrefour des Solidarités* : « on voulait articuler plus étroitement le social et la santé mentale non seulement pour les demandes directes de soins mais aussi pour toutes

*les situations où les gens vont tellement mal qu'ils n'expriment pas leur souffrance mais la donnent à voir dans tout ce qu'ils racontent sur leur parcours social »* (un éducateur de Carrefour des Solidarités).

En arrivant au bon moment, le projet de l'UMAPPP a consisté à réaliser cette idée. Ainsi est né, dès 1996, puis de manière plus formalisée en 1999, une collaboration commune entre travailleurs du social et de la psychiatrie.

Ainsi pour l'UMAPPP, l'élaboration de la demande consiste à « décoller » peu à peu d'une situation d'urgence sociale ou de confusion. Selon J.Claude Laumonier, cadre infirmier : « *D'emblée la demande est polymorphe (d'aide matérielle et relationnelle), mais elle s'exprime le plus souvent par une demande matérielle* ».

L'équipe de l'UMAPPP tient grand cas de l'appréciation des travailleurs sociaux sur une forme de « pré-diagnostic » effectué par les tiers sociaux : « *la personne en crise peut être repérée par une personne extérieure (souvent un travailleur social) qui propose un recours possible à l'équipe psy. Les collègues du social sont très fiables sur ce pré-diagnostic* » précise le psychologue.

### Penser un décentrement du cadre de soin

Cette position en seconde ligne nécessite en amont et en aval un travail intense de mise en réseau avec différents partenaires du social sur le front de la lutte contre la précarité, mais aussi en direction des autres acteurs de la psychiatrie intra et extra-hospitaliers. Comme l'explicite l'équipe : « *Il ne s'agit pas pour nous seulement d'un problème d'orientation. Notre action ne consiste pas à renvoyer le sujet à un autre monde. Lorsqu'un usager est pris en charge par l'UMAPPP, il l'est toujours ou presque par un travailleur social* ».

Cette philosophie, pour ne pas dire cette politique de soins qui se veut constamment articulée au social, a bien sûr des effets en terme de modélisation du cadre. Ainsi le Dr Gouiffès, psychiatre, précise : « *On n'attend pas la demande, on travaille sur la demande de l'autre au lieu de l'autre. Dès lors, on n'est pas un CMP, ni un centre de crise, parce que l'on ne se suffit pas à nous-mêmes . On est un lieu de relais, d'orientation et d'accueil* ».

Tout en étant une émanation des différents secteurs de psychiatrie, l'UMAPPP est vigilante à ne pas se substituer aux dispositifs de soins déjà existants.

Pour l'équipe que nous avons rencontrée cette expérience pionnière est à la fois exaltante et difficile. Souhaitons lui « bon vent » pour la suite. ■

**Si vous désirez contacter l'UMAPPP:**

Tél 02 35 98 00 71 Fax 02 35 98 07 38



Equipe de l'UMAPPP et du Carrefour des Solidarités

## Pour une politique de secteur qui évite l'atomisation des réponses.

Il est question ici de ces personnes pour lesquelles on reconnaît un lien entre une pathologie exprimée d'une part, et une situation sociale dont la précarité et l'exclusion seraient des éléments centraux d'autre part. Les soignants du secteur 69 G 01 sont confrontés à des patients ne ressemblant guère aux « malades psychiatriques » habituels et les circonstances nous obligent à tenter de comprendre les tenants et aboutissants d'évolutions sociétales qui ont un effet transformateur sur l'ensemble des paramètres du champ psychiatrique et à nous adapter.

Il faut tenir les deux bouts de la chaîne : comprendre autant que possible les grands mouvements qui nous affectent. Et en même temps rester pragmatiques et apporter des réponses concrètes aux problèmes posés. Il serait utile de rester critique vis à vis de l'usage qui est fait dans ce contexte de certains concepts, comme la « précarité ». Mais il y a des gens « réels » et des situations concrètes pour lesquels on peut considérer qu'ils sont affectés par un ensemble de conditions que le couple exclusion/précarité désigne de manière compréhensible pour tous. Ces gens souffrent psychologiquement. Or cette population n'emprunte pas les circuits habituels pour accéder au soin. Il faut donc innover et adapter le dispositif. Plusieurs approches sont possibles : la plus évidente sans doute est de répondre sur le mode « à problème spécifique, réponse spécifique ». C'est ainsi que l'on voit surgir des institutions se proposant de prendre en charge des populations spécifiques (les femmes battues, les mères célibataires, foyers divers etc...) et des associations s'inscrivant peu ou prou dans cette logique. Toutes ces entreprises sont confrontées quotidiennement à la souffrance psychique et sont fondées à solliciter la psychiatrie publique et privée. Et on pourrait imaginer qu'il serait adapté de répondre aux sollicitations là où elles s'expriment, jusqu'à épuisement des ressources.

Et puis on peut penser les choses autrement et notre démarche, au 69 G 01, s'inscrit dans une logique un peu différente.

La souffrance psychique s'exprime dans des lieux multiples. Elle est « reçue » en première ligne par les acteurs des divers réseaux sanitaires et sociaux qui sont donc confrontés à des situations qui soulèvent des problèmes de santé mentale. Qu'ils le veuillent ou non, tous sont des acteurs dans le champ de la santé mentale. Par ailleurs, les soignants en psychiatrie sont détenteurs d'outils pour lesquels il s'agit de trouver la meilleure utilisation possible. C'est à ce niveau que le retour à une volonté d'action politique est devenue incontournable.

Concrètement il s'agit de créer et de mettre en œuvre une instance rassemblant le plus grand nombre possible de ceux qui, dans un secteur donné, sont confrontés à ces problèmes de santé mentale sous ses aspects divers. Il s'agit de mettre ces acteurs en rapport les uns avec les autres, de façon à ce que chacun puisse élaborer un regard décentré par rapport à sa pratique particulière pour qu'ils se réapproprient, non pas une technicité psychiatrique, mais une pensée politique se rapportant à un aspect majeur de la vie sociale : la souffrance et la pathologie psychique. Et, in fine de s'entendre sur une politique d'action qui soit en prise avec les réalités concrètes.

A des regards parcellaires ne peuvent correspondre que des réponses partielles. A l'inverse, s'inscrire dans une instance qui rassemble tous ceux concernés paraît être une manière plus appropriée pour articuler une demande de soins et une réponse spécialisée. C'est le rôle d'un Conseil de Secteur en Santé Mentale.

Nous pensons que c'est au sein de cette instance que, tout naturellement, seront apportés les problèmes découlant de l'exclusion, que seront élaborées les réponses les moins inadéquates, et que les ressources psychiatriques pourront être mises à contribution de manière réaliste. ■

**J.P. LOSSON**

*Psychiatre, Chef de service, CH le Vinatier 69500 Bron*



## Mieux connaître les dispositifs

### Le PRAPS

Les Programmes d'Accès Régionaux à la Prévention et aux Soins ont été institués par la Loi de lutte contre les exclusions de juillet 1998. Ces programmes sont placés sous la responsabilité des DRASS et des DDASS. Ils ont pour objet de réaliser un état des lieux sur les questions santé-précarité, d'organiser une concertation avec l'ensemble des acteurs concernés, et de monter des actions pour mieux répondre aux besoins. Ces programmes s'appuient sur un dispositif hospitalier: les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), la circulaire instaurant les Réseaux (circulaire DSS 99-648 du 25 novembre 1999), les programmes liés à la politique de la Ville, et la Couverture Maladie Universelle instituée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2000.

La première génération de ces programmes est en voie d'achèvement; elle définit le cadre des actions pour les actions jusqu'en 2003. L'approche, en termes de santé publique, a une forte

dimension sociale. Deux sujets prioritaires apparaissent dans les documents : la santé mentale et les jeunes. Il y a une forte attente vis à vis de la santé mentale, en matière de prévention, de suivi des malades stabilisés, d'appui aux opérateurs de terrain, de disponibilité du secteur infanto-juvénile. Ces attentes ne font que rappeler les missions du secteur, mais en invitant à une démarche plus active en matière de concertation. Il est possible de mobiliser des fonds dans le cadre des PRAPS pour mener des actions nouvelles. Un bulletin de liaison Action PRAPS peut être obtenu sur demande auprès des Drass ou au MES-DGS-SP2, 01 40 56 39 (fax 01 40 56 40 55), et un site internet sur le site du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité doit être ouvert prochainement. ■

**O. QUÉROUIL**

*Direction de l'Action Sociale (D.A.S.)*

**Nous avons lu**

**■ L'articulation du sanitaire et du social**

Marcel JAEGER, (Dunod, 2000)

Cet ouvrage montre l'importance de la souffrance mentale dans les situations de précarisation. A ce titre, Marcel Jaeger souligne la nécessité de coordination des différents dispositifs, au delà des logiques internes de chaque corps professionnel et de leurs dérives corporatistes. Mais les changements à venir imposeront un changement de mentalité et des modifications profondes dans les modalités d'intervention. (M. Livet)

\* Marc LIVET,  
Cadre Infirmier  
Supérieur,  
Etablissement  
Public de Santé  
Perray-  
Vaucluse, Paris

**■ La psychiatrie dans la ville**

J.P. MARTIN (ERES, 2000)

Nous voyons comment un dispositif de soins peut se développer en toute intelligence avec la communauté sociale, partenaire indispensable des situations de soins. La souffrance psychique y est présentée comme un problème de société. JP Martin propose, à terme, la fermeture des grands hôpitaux psychiatriques, fermeture encadrée par une loi de programmation. Il y est enfin beaucoup question d'engagement thérapeutique. (M. Livet)

**■ La Lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale**

PLURIELS, a entièrement consacré le numéro 21 du mois de mars 2000 au thème de la Santé Mentale et de la Précarité.



**La parole est à vous**

...J'ai été très intéressée par votre numéro 1 de Rhizome. Mais je suis étonnée de découvrir dans votre journal un optimisme sur l'avenir de la psychiatrie de secteur, qui n'est pas partagé loin s'en faut par l'équipe dont je fais partie, ni par un certain nombre de nos partenaires et autres services de pédo-psychiatrie de la région. Dans l'article de P. Gauthier il est mentionné que le nombre de psychiatres a été multiplié par 8 en 30 ans! Où sont-ils ? Lorsque je suis arrivée dans le service, il y a 8 ans, il y en avait 4 ; il n'y en a plus qu'un ; cette situation dure depuis le début de l'année scolaire et il y a peu de chance qu'elle s'améliore. La liste des postes vacants de psychiatre dans le service public, parue au journal officiel est vertigineuse.

J'ai du mal à saisir à quelle opportunité historique vous faites allusion pour redéfinir les missions du secteur de santé mentale, quand sur le terrain nous avons plutôt l'impression de vivre l'étouffement pour ne pas dire la mort annoncée de la psychiatrie de secteur pour les années à venir.

En espérant que notre pessimisme n'est pas partagé en dehors de la région Poitou-Charentes...

**Annick BELLARD**

Orthophoniste, Service de pédo-psychiatrie, 79300 BRESSUIRE

*Si le nombre de poste de psychiatres a été considérablement augmenté depuis trente ans, ils sont loin d'être tous pourvus du fait de l'attractivité de la psychiatrie libérale conjointe à une réduction du nombre de psychiatres formés depuis la disparition des internats spécifiques de psychiatrie; il y a là un problème majeur au sujet duquel, à ma connaissance, le ministère ne donne aucune orientation. La situation sera encore pire vers 2005/2007 avec une énorme proportion de psychiatres partant à la retraite. Y aura-t-il transfert de responsabilités vers d'autres corps professionnels ? La psychiatrie de secteur est pourtant face à une opportunité historique puisqu'elle peut faire montre d'une utilité certaine face à la montée de la clinique psychosociale, où les psy ont un rôle spécifique à jouer en partenariat. Si nous laissons passer cette opportunité, la psychiatrie publique est très probablement condamnée à poursuivre un lent dépérissement. Dans le cas contraire, pourquoi ne pas espérer en effet... C'est en tout cas l'objectif affirmé de RHIZOME.*

**J. FURTOS**

**Agenda**

**Octobre 2000**

Forum sur « **Psychiatrie et travail social : acteurs, outils, expériences** » organisé par la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM), la FNARS et BUC Ressources.

**Vendredi 20 octobre 2000** de 9H à 17H au Centre culturel « Les Arcades » à Buc (près de Versailles). Renseignements au 01 39 20 19 82.

**Novembre 2000**

ASCISM (Association des Cadres et Infirmiers en Santé Mentale) en partenariat avec « Profession Santé Infirmière » organise un *colloque international* « **Quelles compétences infirmières en psychiatrie en Europe ?** » **21 et 22 novembre 2000 - Paris** - Renseignements au 01 69 25 43 61.

**Décembre 2000**

La prochaine Assemblée Générale du **R.N.S.P.P.** (Réseau National Souffrance Psychique et Précarité) se déroulera le **18 décembre 2000 à Paris** à l'occasion d'une journée de réflexion. Contact : Stéfania Parigi, tél. 01 43 96 69 12 fax. 01 43 96 69 14

**Janvier 2001**

Les 12<sup>èmes</sup> journées de Montperrin et de l'AFERUP (Association Francophone d'Etude et de Recherche sur les Urgences Psychiatriques) se dérouleront les 19 et 20 janvier 2001 sur le thème « **Urgences, Précarités et Exclusions** » - centre des Congrès d'Aix-en-Provence. Renseignements au 04 42 16 16 65.

**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 :**

- 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 GILLOOTS, 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.

**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

ISSN en cours