

Bulletin national santé mentale et précarité

Ordonner le réel sans stigmatiser

édito

Jean FURTOS

Nommer, désigner, classifier fait partie de l'expérience commune. Mais la catégorie, puisqu'il faut bien appeler cette activité de pensée par son nom, est affligée d'une ambivalence native : elle reconnaît la place, et c'est sa gloire, mais elle rétrécit le champ des possibles, voire elle stigmatise, et c'est cette perversité qui donne à certains la peur et le refus « des étiquettes ».

Ce numéro est construit autour de l'exploration des catégories cliniques, sociales, médico-sociales, en s'affrontant à cette ambivalence par diverses entrées.

- « Votre fils est autiste », « je suis schizophrène, bipolaire » ; oui, d'accord, mais pas seulement ! Certains textes nous rappellent en outre comment s'est construite la classification américaine des maladies mentales, le DSM III-R, et l'on sera surpris par l'emprise des facteurs externes à la science médicale sur l'émergence des nouvelles catégories.
- Quant au « handicap psychique », il permet une vraie reconnaissance en termes de droits, alors même qu'une authentique stigmatisation perdure.
- Passer du statut de « sans domicile stable » à celui de « sans domicile fixe », « donc » à un homme ou une femme « de la rue », cela construit une mentalité collective, cela porte sans doute de nouvelles formes d'identité. Le passage d'une catégorie à une autre entraîne-t-il une errance, une construction identitaire : suis-je Rmiste, chômeur, pauvre, malade mental, SDF, citoyen malgré tout ? Peut-on transformer une stigmatisation en force d'action ?

Et cette question obsédante : comment ne pas assigner l'individu catégorisé à cette place stigmatisée et laisser un espace au sujet, à sa fluidité créatrice, à ses systèmes de débrouille ? Peut-être en restant attentif au 3^{ème} temps de la catégorie selon Saül Karsz : *son ratage*, le fait qu'un reste demeure, quoiqu'on dise et quoiqu'on fasse...

On ne peut oublier la question de l'usage politique des catégories et de leur extension débridée : une catégorie peut creuser les différences et les antagonismes, ou les effacer, ce qui n'est pas mieux ! On peut en approcher les enjeux sociétaux à propos de la controverse sur les chiffres du chômage : cette catégorie hyper sensible peut donner le doute et le vertige sur les manières d'identifier un groupe important, fluctuant selon les modes de comptage et l'évolution des situations.

Pour terminer sur les pratiques, je citerai Claude Louzoun : faut-il dynamiser ou dynamiter les catégories qui orientent la clinique et l'action sociale ? Les deux, mon capitaine ! Ne pas sacrifier au seul démon de la critique en sauvegardant la possibilité de penser le monde, d'y avoir une pratique honnête, d'y garder la force d'agir contre la tyrannie (d'un excès d'ordre), tel est le souci de notre contribution.



Au sommaire

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

DOSSIER		Une catégorie qui gomme les identités <i>Marie-Odile DUFOUR</i>	p. 9
Désigner, interpréter, rater <i>Saül KARSZ</i>	p. 2	Certificat médical, statut social et embarras du psychiatre <i>Marie Carmen PLANTE</i>	p. 10-11
Le handicap psychique : reconnaissance ou stigmatisation ? <i>François CHAPIREAU</i>	p. 3-5	Interview d'un artisan musicien	p. 12
Cliniquer c'est expérimenter <i>Claude LOUZOUN</i>	p. 4-5	Controverse sur une catégorie sensible, le chômage <i>Elisabeth MAUREL</i>	p. 13
Le diagnostic psychiatrique : scientifique ? <i>Paula J. CAPLAN</i>	p. 6	Entre critique et poésie, les catégories <i>Bruno PINCHARD</i>	p. 14
L'apparition du PTSD, la fin du soupçon <i>Didier FASSIN, Richard RECHTMAN</i>	p. 7	SUR LE TERRAIN DES PRATIQUES, Les Espaces Conviviaux Citoyens <i>Martine DUTOIT</i>	p. 15
Construction de la catégorie SDF et retournement du stigmaté <i>Pascal PICHON</i>	p. 8	ACTUALITES	p. 16

Désigner, interpréter, rater

Dans l'ensemble des pratiques sociales et médico-sociales, les désignations, catégories, diagnostics et autres classifications posent de délicats problèmes conceptuels, cliniques et éthiques. Des positions typiques et typées se font jour. Nombre de praticiens se montrent très réticents, sinon franchement opposés à toute désignation en arguant qu'on ne saurait réduire la personne qui vient consulter ou qui demande une aide à son statut d'usager ou de patient. Le souci de la globalité de la personne l'emporte sur toute autre considération.

Laisser émerger autrui en tant que sujet suppose transfert et contre-transfert, - dynamique que les démarches d'objectivation risquent de pervertir. Un dispositif comme celui du « secret partagé » fait craindre que le diagnostic ne facilite les étiquetages et partant la mise en fiche de certaines populations... D'autres praticiens, en revanche, revendiquent un usage qu'ils disent mesuré, mais sans guère le détailler. Ils font confiance aux experts et à leur propre formation pour déterminer la pertinence desdits diagnostics, et rappellent que leur contrat de travail leur impose, parmi d'incalculables contraintes, celle de rendre compte de la situation des publics pris en charge...

Comme souvent, c'est le renfermement dans une pensée binaire qui rend les choses, non pas complexes, surdéterminées, c'est-à-dire réelles, mais compliquées, tarabiscotées, inextricables. Car le fait est que des désignations sont partout à l'œuvre, mais qu'elles sont loin d'être gratuites. Le fait est, également, qu'en fonction de cases préétablies des publics sont mis en catalogue, tout en restant méconnus pour tout ce qui chez eux dépasse la nomenclature. Nous percevons là une dialectique, balisée par trois moments qu'il convient de ne pas mélanger au sein d'une tension hors de laquelle ces moments n'existent pas.

Trois moments spécifiques

Chaque moment présente des traits ad hoc, obéit à une logique et à des visées singulières.

Premier moment : la désignation. dont la forme la plus élaborée est le diagnostic, consiste en un travail de mise en sens des situations et des conjonctures, des comportements et des affects. Elle cherche à nommer ce qu'il en est de leur nature, de leur organisation, de leur fonctionnement. La désignation se forge au fil de preuves, contre-preuves, débats, argumentaires, jusqu'à parvenir à une formulation satisfaisante, souvent sous forme de trouvaille langagière. Mais cette formulation est inexorablement vouée à rectification partielle ou totale. Autant dire qu'aucune désignation n'admet des synonymes : les enfants désadaptés ne sont pas les enfants délinquants qui ne sont pas les enfants en souffrance ; les jeunes en danger ne sont pas les jeunes dangereux... Tout changement de désignation induit des changements de traitement pratique, et réciproquement. La désignation a à être fondée, étayée, et donnée à lire dans le concret des pratiques. Il s'agit donc bien d'un travail, d'un processus, d'une construction, nullement d'un acte souverain, posé une fois pour toutes. On ne change pas de désignation par simple note de service.

Deuxième moment : l'interprétation est une hypothèse de travail, une orientation pour l'action, une indication quant aux voies à suivre. Elle énonce une explication plausible, un point de vue aussi consolidé que possible, une perspective parmi d'autres perspectives effectives ou virtuelles. L'interprétation déploie ce que l'interprète entend, lui, d'une situation, d'une personne, d'un sujet... d'après ses peurs et ses hardieses, ses préjugés et ses avancées, ses compétences et bien entendu ses incompétences. L'interpré-

tation, enfin, fait état de ce que l'interprète imagine pouvoir-devoir dire de ce qu'il imagine avoir entendu...

Troisième moment : le ratage est une vocation (soumission à un ordre impérieux, d'après le dictionnaire). Vocation, car les situations et les conjonctures, les choses et les êtres ne sont pas entièrement appréhendés par les catégories forgées pour en rendre compte, ni complètement solubles dans nos efforts de compréhension. Un reste demeure. Persiste et signe. Méfions-nous des équivoques nous faisant croire qu'un sujet diagnostiqué à juste titre comme psychotique est absolument pris dans sa psychose, sans issue ni ressources, sans stratégies, sans mortifères satisfactions. Naïveté de le croire engoncé dans les désignations dont nous avons, nous, besoin pour comprendre quelque chose de ce qui lui arrive. Car s'il s'agit d'un *sujet*, il relève du réel et, par conséquent, ne peut que résister, laisser à désirer, être ailleurs... C'est pourquoi les « cas » (sociaux, médicaux, psychologiques) ne coïncident surtout pas avec leurs nomenclatures.

Une tension indépassable

Il me fallait bien présenter successivement ces trois moments avec leurs spécificités respectives. N'y voyons cependant pas trois univers étanches, mais trois déclinaisons du même mouvement, solidaires au sein d'une seule et unique dialectique. Trois facettes fonctionnant les unes sous, sur, dans, les autres. Les désignations deviennent des étiquettes si l'utilisateur ignore leur dimension interprétative et le démenti que le réel ne cesse de leur infliger. Mais l'interprétation frôle le délire si elle se réduit à un point de vue personnel sans guère de contenu cognitif, objectivable, discutabile. Quant au réel, cet irréductible attend d'autres désignations-interprétations qui, éventuellement plus fines, plus rigoureuses, tenteront de le saisir à leur tour... ■

Saül KARSZ

Philosophe, Sociologue
consultant.

Le handicap psychique : reconnaissance ou stigmatisation ?

François CHAPIREAU

Psychiatre des hôpitaux,
Responsable du
département
d'information médicale,
Hôpital Erasme,
Antony (92).

Le handicap psychique peut être abordé selon deux angles principaux : celui de sa définition, et celui de l'usage qui en est fait. Les deux ne se recouvrent pas. Dans son acception la plus simple, le handicap psychique désigne les conséquences handicapantes des troubles¹ psychiques. Elles existent ; elles peuvent être graves. Si simple soit-elle, cette acception pose des problèmes.

¹ C'est le terme employé par l'Organisation mondiale de la santé. Le chapitre F de la classification internationale des maladies (CIM-10) s'intitule Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement.

En effet, dans les classifications internationales, la définition de nombreux troubles psychiques comporte parmi les critères d'inclusion ces mêmes conséquences handicapantes : sans un minimum de conséquences handicapantes, pas de trouble psychique. Ainsi est posée la



Bibliographie

- Chapireau F., *Handicap psychique : confirmation ou mutation du handicap à la française ?* Encyclopédie Médico-chirurgicale (Elsevier SAS, Paris), *Psychiatrie*, 37-910-A-10, 2006.

- Chapireau F., *Handicap psychique : sortir de la confusion*, Santé Mentale, 2006, 106, 24-27.

question de la frontière entre trouble¹ et handicap. Pour leur part, les définitions du handicap les plus connues ont été formulées par l'Organisation mondiale de la santé. La classification internationale des handicaps (CIH) a été adoptée en 1980. La classification internationale du fonctionnement (CIF) lui a succédé en 2001. Une autre classification a été élaborée par des auteurs québécois, et porte le nom de Processus de production du handicap (PPH). Les trois ont en commun de porter sur tous les âges : enfants, adultes et personnes âgées. De plus, elles décrivent le handicap selon plusieurs composantes distinctes dont cha-

cune se situe à un niveau particulier : l'organe (ou la fonction), la personne envisagée par elle-même, et enfin la personne envisagée dans un environnement donné. Les différences entre elles portent sur la manière d'aborder chacune de ces composantes et de considérer leurs rapports mutuels.

La question de la frontière entre trouble et handicap n'est pas seulement théorique. Ce qui appartient au trouble relève du traitement ; réciproquement, si le handicap est différent du trouble, alors il relève d'aides et de soins distincts du traitement. Des positions extrêmes ont été défendues : pour certains, tout relèverait du trouble ; pour d'autres tout relèverait du handicap. De même, les questions posées autour des composantes du handicap ont des implications concrètes. Chaque classification a pour objectif de réunir des informations selon une orientation principale, qui diffère d'un cadre à l'autre. La CIH a été construite dans une optique de santé publique (quelles informations permettront d'améliorer les dispositifs d'aide et de soins ?). La CIF est orientée autour des droits de la personne handicapée (quelles informations permettront d'améliorer le respect de ces droits ?). Enfin, le PPH est élaboré selon une approche anthropologique (quelles informations permettront à la personne d'occuper dans la société la place qu'elle aura choisie ?).

Il ne s'agit pas ici de science pure : les définitions sont directement en relation avec l'action. Ainsi, selon ses objectifs, chacun des acteurs choisira l'une ou l'autre des définitions, ou composera son propre assemblage à partir des possibilités ouvertes par chacune. Le débat devient interminable ou confus si les objectifs ne sont pas clarifiés en même temps que les définitions.

La notion de handicap psychique a été défendue en France par les associations de patients et de familles (UNAFAM et FNAP-Psy). Il s'agissait d'obtenir des décideurs politiques et financiers des mesures et des crédits ; pour cela les personnes souffrant des conséquences des troubles psychiques devaient être distinguées des personnes souffrant de handicap mental. Un rapport parlementaire publié en 2002 (rapport Charzat) présente l'enjeu sans détour : « L'usage en France réserve le terme de "handicap mental" aux handicaps résultant de la déficience intellectuelle. Pour désigner les handicaps résultant de déficiences des fonctions psychiques, les associations de patients en psychiatrie et de familles de malades proposent le terme de "handicap psychique". Ces distinctions, si elles sont discutables sur le plan sémantique, ont pour avantage de désigner des formes de handicap très méconnues, de "faire exister une population", comme on le dit à l'UNAFAM. »

Ces initiatives s'inscrivent dans la logique officialisée par la loi 75-534, du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, qui parle « du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels, ou mentaux », répartissant ainsi les personnes en catégories différentes. Le dispositif est très cloisonné : d'un côté les malades (secteur sanitaire), d'un autre les personnes handicapées (secteur médico-social), et, parmi celles-ci, les personnes souffrant de handicap physique, sensoriel, ou mental, qui relèvent de services et d'établissements distincts. Au clientélisme des décideurs correspondent les filières cloisonnées du côté des personnes en souffrance.

Après la CIH, la CIF représente un outil auquel recourent ceux qui militent contre les filières et le cloisonnement. Ainsi, la

Cliniquer c'est expérimenter

Voici quelques accroches de ma pratique pour lancer le sujet (il y en aurait une foultitude d'autres):

- Deuxième entretien d'admission à l'hôpital de jour enfants, propos tenu à une mère : « Madame, je ne peux rien faire pour votre fils (6 ans), si vous n'acceptez pas, si vous ne reconnaissez pas qu'il est autiste ». Je connaissais mère et enfant depuis plus de deux ans dans une institution pour polyhandicapés. Cela ne nous empêchera pas de l'accompagner dans leur parcours pour échouer dans le combat d'intégration scolaire et le fantasme d'une évolution normative.
- « Docteur, j'suis schizophrène, hein! J'suis schizophrène. Je le sais bien. Pourquoi vous ne voulez pas me le dire? » Propos tenus, après une longue hospitalisation, par une personne qu'à l'époque on étiquetait « schizophrénie dysthymique » et qui vit en société dans la précarité et les aléas psychopathologiques mais à sa mesure depuis de très longues années.
- « Docteur, je vous ai amené toute la documentation que j'ai trouvée sur internet pour mon fils qui est hyperactif. Je pense adhérer à l'association des parents. Qu'en pensez-vous? » (autre version connue aussi : les « troubles bipolaires » ; ou encore les « TOC » ; sans omettre LA dépression). Au prix de quoi, le fils vient depuis des années, par épisodes plus ou moins longs, parler de cette hyperactivité qui le maintient dans un réel de l'amour impossible et déçu de sa mère, et qui lui colle comme une identité et un stigma, comme sa singularité et sa sauvegarde.

Je n'ai pas la place ici de raconter ces histoires de vie ; pas plus que de raconter un itinéraire de positionnements praticiens clinique et institutionnel.

Pourtant, lutter contre l'asile d'aliénés et la science qui en est issue (de Pinel à Kraepelin) a été (et demeure) essentiel,

notamment pour une autre façon de cliniquer.

Pour autant la « passion » de la Clinique est ravageuse dans les milieux psy. Nous y reviendrons. Auparavant, il faut dire le rejet et l'inquiétude face à l'envahissement de la clinique à la dévotion des trusts pharmaceutiques, de l'idéologie managériale (dernière version : la VAP, valorisation de l'activité en psychiatrie, ou encore la T2A, après le PMSI et autres fredaines), du comportementaliste (cf. le déshonorant rapport de l'INSERM, 2005), du réductionnisme de l'evidence based medicine, soit le DSM IV en psychiatrie. Cette psychiatrie industrielle s'argumente du sauvetage de la profession psychiatrique, de la prétention à rejoindre les sciences biomédicales [par une pseudo-objectivation du diagnostic par un descriptif de données symptomatiques, par évaluations multiaxiales et un prétendu athéorisme; par les échelles de dépression, de dangerosité,...; en s'accréditant des explications savantes péremptoirs de la génétique ou des neurosciences; par les protocoles et les conférences de consensus auto-certifiant des « bonnes » pratiques;...].

Comment traiter alors de la question de la clinique, des catégories cliniques, de la taxonomie, de la classification ? Dans la pratique¹, par une nosographie personnelle qui n'est convoquée qu'en cas de nécessité, et qui provient d'une alchimie faite des études, des formations et des expériences, des types d'exercice, mais aussi des choix éthiques.

Même à corps défendant, on ne peut se conduire à l'identique avec « un paranoïaque » et avec « un schizophrène », avec un jeune délinquant et avec un jeune présentant des conduites antisociales sur structure psychotique. Il n'empêche qu'il demeure possible, et nécessaire, de ne pas confondre la « maladie » et le sujet porteur de celle-ci. Des points de butée existent. Il resté délicat, en garde hospitalière, dans un certificat des 24 heures de s'opposer radi-

calement cliniquement au certificat initial d'un collègue adoubé d'un rapport de police, devant un patient « ensuqué » et éventuellement déjà en chambre d'isolement. Et le diagnostic d'entrée perdure sinon. Il est devenu quotidien de se trouver devant des patients et leurs familles qui s'emparent des diagnostics génético-médico-psychiatriques, que ce soit pour constituer des groupes de self-help, pour exiger telle modalité de traitement ou réfuter celle du psychiatre, pour étayer sa place d'usager comme individu et comme collectif, voire comme lobby. C'est par exemple, évident pour ce qui concerne l'autisme.

Une éthique de la responsabilité nous oblige à faire face à toutes situations (ici, notamment celles qui renvoient à la contrainte, à l'obligation de soin,...), c'est-à-dire à répondre, à savoir, à savoir répondre de sa place, avec une obligation de moyens et une effective application du principe de subsidiarité, tout en récusant une nosographie précise (et tout protocole thérapeutique) imposée par la « science » psychiatrique industrielle. A la relation médicale verticale, voire paternaliste, il s'agit d'opposer une relation transversale qui prenne en compte la personne, l'individu social, le citoyen, le corps, le sujet dans la rencontre et le suivi singulier, autant que les protagonistes en scène et l'environnement social.

D'où l'éthique de conviction affichant que cliniquer c'est expérimenter. Qu'avons-nous fait d'autre avec la psychothérapie institutionnelle, la communauté thérapeutique, la psychiatrie de secteur, la psychiatrie communautaire, la psychiatrie démocratique,...? C'est s'articuler à la formule connue et contestée : « l'inconscient c'est le social ». C'est partir d'une position multiréférentielle qui prenne en compte le réel. C'est développer l'aptitude à la reconnaissance de l'autre en tant qu'autre. C'est accepter la négociation avec la personne « porteuse de troubles psychiques » et

Claude LOUZOUN

Psychiatre, 1^{er} secteur de psychiatrie infanto-juvénile des Hauts de Seine, Gennevilliers (92).

¹ Ce qui signe que nous n'abordons pas ici la question du diagnostic et de la nosographie dans les domaines de l'épidémiologie ou de la santé publique. Quant à la question de la souffrance sociale, je renvoie au livre Répondre à la souffrance sociale sous la direction de M. Joubert et C. Louzoun, Erès, Toulouse, 2004.

Bibliographie

- Buin Y., Psychiatries : l'utopie, le déclin, Erès, Toulouse, 1999.

- Martin J.P., Psychiatrie dans la ville - Pratiques et clinique de terrain, Erès, Toulouse, 2000.

- Blech J., Les inventeurs de maladie - Manœuvres et manipulations de l'industrie pharmaceutique, Actes Sud, 2005.

- Pignarre P., Comment la dépression est devenue une épidémie, La découverte, 2001.

- Moymihan R., Cassels A., Pour vendre des médicaments, inventons des maladies, Le Monde diplomatique, n° 626, mai 2006, pp. 34-35.

- Hacking H., La fabrication des malades, La Recherche Hors série n° 16, Août 2004, pp. 46-48.

Cliniquer c'est expérimenter (suite)

² Cela conduit de nos jours à devoir se positionner dans bon nombre de pays européens sur la question de la « personne de confiance » (Belgique), des « directives anticipées » (Suisse) ou du « psychiatric will » (Réseau européen des (ex-) usagers et survivants de la psychiatrie). Alors qu'il serait question d'un rapide et prochain toilettage de la loi du 27 juin 1990, peut-être pourrions-nous accepter de nous confronter à ce problème.

son entourage les questions en jeu, les mises en œuvre possibles ou obligées². C'est certes comparer ce que l'on entend, ce que l'on observe à une organisation psychique modélisée ou préétablie dans nos connaissances. C'est se confronter à ce que la personne donne à voir et à entendre pour valoir comme demande ou refus, au savoir de la personne comme à ce que d'autres (les partenaires, les proches, l'équipe psychiatrique pluridisciplinaire) rapportent et



défendent. C'est expérimenter, dans les entrelacs de subjectivités et de professionalités, de zones de gris, de flous partagés, de savoirs mis à l'épreuve, ... Ce qui est escompté c'est qu'advienne, dans une interlocution complexe, une praxis qui prétende à psycho-dynamis(t)er la clinique. Cette clinique-là implique une créativité sociale et institutionnelle, une inventivité relationnelle, des professionalités qui sachent se renouveler. ■



Le handicap psychique : reconnaissance ou stigmatisation ? (suite)

loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées comporte la définition suivante : « Constitue un handicap au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». En référence à la CIF, il y a d'une part la fonction, et d'autre part le handicap (la limitation d'activité ou la restriction de participation), sans relation automatique entre niveaux. Diverses atteintes de

fonction peuvent entraîner un même handicap : le handicap n'est pas défini à partir d'une fonction, psychique ou autre, mais en fonction des difficultés concrètes vécues dans un environnement donné. Le handicap psychique n'a pas sa place dans la loi de 2005. Pourtant le Président de la République, le ministère de la santé et tous les commentateurs ont affirmé le contraire. C'est que la logique de filière et le cloisonnement des services et des établissements ont la vie dure : s'il est vrai que les mesures créées en 2005 sont bien conçues en fonction de la nouvelle définition, en revanche, l'organisation des dispositifs existants n'a pas été modifiée. Comme à son habitude, le législateur français a pris des mesures pour satisfaire une clientèle active à un moment

donné, sans pour autant adapter les dispositions précédentes, alors pourtant que celles-ci avaient été conçues selon une logique différente, voire contradictoire.

Alors, le handicap psychique, reconnaissance ou stigmatisation ? Les deux mon général ! Le législateur français a prévu des mesures et des financements pour les personnes souffrant des conséquences handicapantes des troubles psychiques : reconnaissance. Il a conservé les dispositifs cloisonnés qui orientent les personnes selon leurs atteintes d'organes ou de fonction : stigmatisation. Aux professionnels de terrain de mettre en œuvre le partenariat. Aux personnes handicapées de faire valoir leurs droits. Jusqu'à la prochaine loi ? ■

Le diagnostic psychiatrique : scientifique ?

Paula J. CAPLAN

Docteur en psychologie,
Chercheur,
Université de Harvard,
Etats-Unis.

Ici, en Amérique du Nord, être en thérapie équivaut pratiquement à être malade. Le DSM est une des nombreuses raisons à l'origine de cette façon de voir, notamment à cause du nombre de catégories répertoriées et du fait qu'on peut tous se reconnaître dans l'une ou l'autre, sinon dans toutes ces catégories à un degré ou à un autre. Entre 1987, année de la parution du DSM-III-R et 1994, année de publication de l'édition courante, on peut constater que 77 nouvelles catégories ont fait leur apparition, ce qui a fait passer le nombre de catégories de 297 à 374. Comment expliquer une telle chose ? En 7 ans, 77 nouvelles formes de maladies mentales auraient soudain fait l'objet de découvertes ? De toute évidence, non.

Extrait d'une conférence donnée à Québec lors de l'événement DSM-V+ présenté par Folie/Culture.

Parfois, ce sont les compagnies pharmaceutiques qui ont l'idée de suggérer de nouvelles catégories, par exemple le syndrome de l'acheteur compulsif, juste à temps pour promouvoir et écouler un médicament avant la date d'expiration de sa licence. Désormais on vient en aide aux gens qui sont des acheteurs compulsifs. Ce qui fait en sorte d'augmenter le nombre d'étiquettes apposées à des expériences ordinaires de la vie, à des situations problématiques qui ne devraient pas être considérées comme des maladies mentales, quelle que soit la façon dont nous définissons ce qu'est une maladie mentale.

Bon, alors qu'est-ce qu'on retrouve d'autre ? Le bégaiement, les difficultés de lecture, la dépendance à la cigarette, les troubles du sommeil causés par la caféine et ceux qui nous font faire un saut de l'absurde vers ce que je qualifierais de tragique dans toute son horreur : un intime décède ou vous quitte... Plusieurs mois plus tard, voilà, ça y est, vous avez tout à fait le profil de quelqu'un qui souffre de dépression majeure. Ainsi, en plus de vivre un deuil, ce qui est déjà assez pénible, on vous invite

à consulter un psychothérapeute : voilà que s'ajoute au reste le fardeau de la responsabilité. « De toute évidence, si je ne m'en suis pas encore remis, il me faut voir un thérapeute. » Comme si le deuil ne suffisait pas, vous voilà affublé d'un trouble de dépression majeure.

Certaines de ces catégories ne sont que des descriptions de situations que les gens traversent dans leur vie de tous les jours ou des problèmes qui ne sont pas des pathologies. Certains processus sont des conséquences de la violence, de l'oppression, des idées préconçues ou des préjugés, de la pauvreté et de toutes ces choses qui font en sorte qu'on se retrouve déprimé, anxieux, en larmes, en colère, ... Ce qui est inscrit dans le DSM est fortement biaisé. À titre de thérapeute, je dois poser un diagnostic, c'est donc à moi de décider ce qui doit être considéré comme une catégorie ou ce qui ne doit pas l'être. Si je ne peux m'en remettre à la science pour ce faire, sur quelle base vais-je prendre mes décisions ? Peu importe ce que j'ai tendance à croire, peu importe ce que je veux bien croire, peu importe ce que je crains... bref, comment s'y retrouver quand l'ensemble est biaisé ? Car c'est bien ce qu'on retrouve dans les diagnostics psychiatriques des divers chapitres rédigés par différentes personnes : des idées préconçues sur la sexualité, du racisme, des préjugés au regard des classes sociales, de l'âge, de même que de l'homophobie.

J'aimerais vous parler des soldats qui rentrent du front. Je crois que si vous alliez dans la rue pour demander aux passants s'ils pensent que les vétérans qui rentrent du front vont revenir troubles, être en colère, avoir des cauchemars, être d'une prudence excessive, etc... L'ensemble des gens vous diraient que oui. Et si vous insistiez et leur demandiez de quoi ils souffriraient exactement, la plupart le sauraient :

c'est l'Iraq, c'est le trouble de stress post-traumatique. C'est listé dans le DSM comme un trouble mental. Et si on leur demandait ce qu'on devrait faire pour ces gens ? Bien entendu, les thérapeutes, eux, vous diraient : il faut les envoyer consulter un thérapeute. Ce faisant, voici le message qu'on leur envoie : s'il vous plaît, veuillez entrer et refermer la porte sur toute cette histoire. Et les gens vous diront ce qui ne les quitte plus : certains ont vu leurs collègues-soldats tuer des civils dans leur lit ou ils prennent conscience qu'ils ont tué un enfant. J'ai travaillé avec certains de ces soldats. Ils sont en proie à toutes sortes d'émotions et on désigne cet état comme une maladie mentale. Ça signifie que nous n'avons plus à les écouter et qu'on ne veut plus entendre parler. Ce qui contribue à isoler ces vétérans, ce qui exacerbe leur malaise, ce qui les entraîne, vous vous en doutez, vers une dépression majeure...

J'en profite pour vous faire remarquer que personne n'a jamais suggéré d'intégrer le sexisme comme catégorie. Ou la pauvreté. Ou la violence... On pourrait aussi cesser de considérer le racisme comme une tare sociale dont on devrait se débarasser ou que l'on devrait éradiquer puisque désormais ce ne serait qu'un simple problème individuel, quelque chose qui a affaire avec le psychisme de l'individu. Ce sont là les effets pervers de ce qui se passe. ■



L'apparition du PTSD, la fin du soupçon

Didier FASSIN

Anthropologue,
Sociologue et médecin,
professeur à l'Université
de Paris Nord et
directeur d'études
à l'École des hautes
études en sciences
sociales.

Richard RECHTMAN

Psychiatre et
anthropologue,
Médecin chef de
l'Institut Marcel Rivière,
Chercheur au CESAMES.

Extrait de l'ouvrage
*L'Empire du traumatisme,
Enquête sur la condition
de victime*, Flammarion,
mars 2007,
pp. 14-15-119-120.

L'intervention des psychologues et des psychiatres sur le théâtre des guerres et des catastrophes, des violences extrêmes ou ordinaires, est donc devenue chose normale aux yeux de nos contemporains. Personne ne s'étonne plus que ces professionnels de la santé mentale sortent de leurs institutions de soins et de leurs cabinets de consultation pour se porter au devant des « blessés psychiques ». On admet avec la même facilité que des événements tragiques et douloureux, individuels ou collectifs, impriment dans l'esprit des marques qui, par analogie avec celles qu'ils laissent sur les corps, sont désormais pensées comme des « cicatrices ».

Or, il y a encore un quart de siècle, toutes ces évidences n'en étaient pas. Le traumatisme n'avait guerre droit de cité, en dehors des cercles fermés de la psychiatrie et de la psychologie. Sur les scènes du malheur individuel ou collectif, psychiatres et psychologues étaient des acteurs improbables, hormis les rares cas où les tribunaux sollicitaient leur expertise clinique.



En 1980 paraît le DSM-III, troisième version de la classification des maladies mentales publiée par l'Association américaine de psychiatrie. Y figure une nouvelle entité clinique, le PTSD, *Posttraumatic stress disorder*.

Résultat de longues années de discussion au sein de cette organisation professionnelle, elle est le fruit de négociations et de compromis autour de sa définition et de son interprétation, l'aboutissement d'hésitations et de synthèses sur son nom même. Les critères servant à l'identifier sont précis. D'une part, la personne a fait l'expérience d'un événement stressant qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. D'autre part, les symptômes, diversement associés, sont de trois ordres: des souvenirs envahissants, tels que rêves diurnes, cauchemars fréquents, flash-back douloureux; un évitement des situations risquant d'évoquer la scène initiale, accompagné d'un émoussement affectif pouvant avoir d'importants effets sur la socialisation; une hyper vigilance avec des réactions exagérées de sursaut. Ce tableau doit durer depuis plus de six mois pour entrer dans la catégorie nosographique.

Si les contours sémiologiques du PTSD ne diffèrent guère des descriptions classiques de la névrose traumatique dont ils ne font qu'affiner et stabiliser les termes, c'est le premier critère qui est le plus innovant. En effet, il affirme que n'importe quel individu normal peut souffrir des troubles décrits lorsqu'il est exposé à l'événement réputé traumatique. Par rapport à la névrose traumatique¹, le renversement est complet.

Il n'est plus besoin de chercher une personnalité fragile, puisque les symptômes sont la réaction normale - au sens statistique - à l'événement. Il n'est plus nécessaire d'explorer un trauma inaugural, puisque l'événement - à



lui seul - suffit à produire les troubles. On n'émet plus de doute sur la sincérité du traumatisé: il est *a priori* crédible. On ne s'interroge plus sur des bénéfices secondaires: le diagnostic ouvre droit à une juste réparation. Dès lors, une nouvelle ère du traumatisme commence. Du moins est-ce ainsi que l'histoire du PTSD est généralement contée. L'avènement de la nouvelle nosographie inaugurerait le deuxième âge du traumatisme: sa modernité.

Sans récuser l'importance du rôle des psychiatres américains, de leur association et de leur classification, nous considérons toutefois que l'histoire médicale du traumatisme est en quelque sorte débordée par son histoire sociale: tant en amont, car la prise en compte de la nouvelle entité dans la nosographie résulte de la mobilisation d'acteurs totalement extérieurs au monde de la santé mentale, qu'en aval, car le succès de la catégorie au cours des deux dernières décennies, bien au-delà des cercles spécialisés, procède de logiques qui excèdent le périmètre de la psychiatrie². ■

¹ NDRL : Si tout individu normal peut souffrir des troubles décrits s'il est exposé au traumatisme, on comprend que la notion de résilience devienne impérative pour rendre compte des « individus normaux » non traumatisés.

² NDRL : Il s'agit pour l'essentiel, et cela est bien développé dans l'ouvrage, de l'intervention des féministes des Etats-Unis et des anciens combattants du Vietnam.

Construction de la catégorie SDF et retournement du stigmaté

Le sigle SDF n'est pas seulement une catégorie juridico-administrative que les politiques publiques auraient réinventée à la fin des années 80 et qui se serait étendue au langage courant. Il est plus que cela car il a institué un ensemble de représentations et construit une nouvelle identité sociale, négative mais banale, à travers laquelle les individus ainsi désignés se reconnaissent ou non, selon les situations vécues.

Pascale PICHON

Sociologue,
Maître de conférence,
CRESAL-MODIS
Saint-Etienne.

¹Tout au long du Moyen âge et de l'Ancien régime, le domicile de secours pallie l'absence d'aide aux lieux d'origine pour les pauvres itinérants, vagabonds sans feu ni lieu et plus largement tous ceux qui se trouvent sur les chemins à la recherche de subsistance. Le domicile de secours est une forme d'inscription sociale (avec le carnet de circulation) d'abord via les institutions charitables du secours puis avec la laïcisation de l'assistance, les municipalités. Cf Michel Mollat, *Les pauvres au Moyen-âge*, Bruxelles, Ed. Complexe, 1984.

²Sur cette question des enjeux de la sortie voir Pascale Pichon : « Sortir de la rue : de l'expérience commune de la survie à la mobilisation de soi », in *Les SDF, Visibles, proches, citoyens*, (coord. D.Ballet), Paris, PUF, 2005, pp. 89-102.

Bibliographie

- Lenoir R., *Les exclus*, Paris, Seuil, 1974.

- Blumer H., *Social Problems*, Berkeley, University of California, 1971.

- Foucault M., « Deux essais sur le sujet et le pouvoir », in Hubert Dreyfus et Paul Rabinov, Michel Foucault. Un parcours philosophique, Paris, Gallimard, 1982, pp. 302-303.

La généalogie du « problème SDF » et sa reconnaissance publique peuvent être décrites à grands traits en trois étapes. L'étape initiale, autour des années 70, est celle de la redécouverte de la pauvreté individuelle et conclut au succès de la désignation « les exclus », addition hétérogène d'individus « inadaptés » et mal intégrés. Dans un second temps, le terme d'exclusion sera le maître mot de la lutte contre toutes les formes de pauvreté, désormais axe prioritaire de l'action politique. La visibilité accrue du « phénomène SDF » conduira en dernier lieu à la mise en oeuvre d'une politique de l'urgence sociale intégrée à cette lutte. C'est cette dernière étape qui correspond à l'émergence d'un nouveau problème social, au sens que lui donne Herbert Blumer, c'est-à-dire repérable au fil des étapes du processus de sa construction sociale : nomination du problème, publicisation, légitimation par des groupes aux intérêts divergents, formation d'un consensus sur la définition du problème, réaction politique, plans d'action. Ce problème social deviendra un problème public, fortement médiatisé, avec des périodes de relance cycliques. C'est le travail juridico-administratif de la catégorisation qui parachèvera le processus de construction du problème social. On sait que le fait de classer publiquement les individus selon une ou plusieurs caractéristiques communes est l'opération la plus ordinaire qui soit au moment de la mise en oeuvre de nouvelles politiques sociales : « Cette forme

de pouvoir (qui) s'exerce sur la vie quotidienne immédiate (...) classe les individus en catégories, les désigne par leur individualité propre, les attache à leur identité, leur impose une loi de vérité qu'il leur faut reconnaître et que les autres doivent reconnaître en eux. C'est une forme de pouvoir qui transforme les individus en « sujets ». Il y a donc deux sens au mot « sujet » : sujet soumis à l'autre par le contrôle et la dépendance, et sujet arraché à sa propre identité par la conscience ou la connaissance de soi. Dans les deux cas, ce mot suggère une forme de pouvoir qui subjugue et assujettit ». Ce travail de classement propre au pouvoir politico-administratif moderne que décrit Foucault se réalisera donc une nouvelle fois, lors de l'adoption de la loi portant sur le Revenu Minimum d'Insertion. Ce texte de loi de 1988 est couramment lu comme un souci du législateur de faire accéder à la protection sociale toutes les personnes ne disposant pas d'un revenu suffisant pour vivre décemment. Mais alors que dans l'intention du législateur, le public visé subsume toutes les catégories de l'assistance, on y note l'inscription d'une nouvelle catégorie d'ayant droit, les « sans résidence stable ». La référence juridique incluse dans le terme même de résidence fait écho, dans l'article 15 de la loi, à la notion de domiciliation, dans la continuité du traitement administratif des pauvres. C'est pourquoi, elle institue une procédure de domiciliation dont les associations deviennent les derniers garants. Rappelons que la notion de domicile est rattachée historiquement à l'assistance aux pauvres dont l'organisation a longtemps consacré les liens d'origine, inscrivant l'appartenance et la dépendance au domicile de secours¹. La loi ouvrant droit au RMI, distinguera donc ceux qui, parmi les plus pauvres, sont détachés de leurs liens d'appartenance et les plus éloignés du système de protection sociale. Et c'est ainsi, qu'à peine considérés sous le registre du droit, les individus sans résidence stable

mais désormais en mesure d'être domiciliés sont devenus paradoxalement et pour le sens commun des « sans domicile fixe ». Depuis, la catégorie désigne de façon restrictive ceux que tout un chacun côtoie en ville, qui vivent dans et de la rue. Aux premiers temps de l'émergence de la catégorie, des hésitations d'usage étaient perceptibles : certains chroniqueurs utilisaient des guillemets, d'autres explicitaient le sigle. Les plus grandes réticences provenaient des personnes ainsi étiquetées. Progressivement, au fil des années, l'observation montre que dans nombre de situations, les personnes ont intériorisé cette identité sociale, au point parfois de la revendiquer : « je suis SDF ! ». Deux explications peuvent être avancées : d'une part, la catégorie n'est pas restée une coquille vide et propose un contenu dense (les étapes d'une carrière de survie) dans lequel les personnes peuvent y reconnaître une part de leur expérience vécue, ce que l'on peut nommer une « expérience commune » ; d'autre part, la catégorie rassemble et, sous son intitulé, des mobilisations collectives ont vu le jour. L'expérience commune signifie qu'il s'agit d'une expérience partagée et partageable entre pairs, que les mouvements de lutte ont cherché à faire reconnaître publiquement. Dès lors, s'identifier et être identifié comme SDF ou ancien SDF devient le socle référentiel de la lutte dont l'enjeu est précisément de « sortir » de la situation de SDF et de pouvoir s'affranchir de l'exclusive de la désignation². N'être ramené en toutes circonstances qu'à une identité qui dit le manque, ne peut en effet construire du nouveau ou du positif. Néanmoins ne pas considérer et ne pas reconnaître l'expérience commune de tous ceux qui vivent dans la rue, risque d'empêcher que s'ouvre la possibilité du retournement du stigmaté, c'est à dire la possibilité de s'appuyer sur un attribut social discriminant pour en faire une force d'action. ■

Une catégorie qui gomme les identités

Cachan - Mercredi 23 août 2006

- Il y a 6 jours, les 650 occupants du bâtiment F de la résidence universitaire ont été expulsés du squat qu'ils occupaient depuis 3 ans. En l'espace de quelques heures, tous - hommes, femmes, enfants, personnes âgées - grossièrement groupés sous le terme «sans-papiers», se sont retrouvés dans la rue. Comment la catégorisation de ces personnes a-t-elle influé sur leurs conditions d'existence et sur la perception de l'opinion sur ces évènements.

Marie-Odile DUFOUR

Maire-adjointe à la santé de Champigny-sur-Marne (94), Vice-présidente de l'association Elus, Santé publique et Territoires.



Ce jour là, je suis à Cachan pour participer à la manifestation en faveur des «squatteurs», pour apporter mon soutien d'élue et de citoyenne à ceux qui ont été bafoués dans leur dignité. A proximité du gymnase où les «expulsés» ont été installés, j'avoue appréhender ce que je vais trouver. Mes réflexes d'élue à la Santé reprennent le dessus : comment ces personnes survivent-elles dans de telles conditions ? Quelles incidences cela engendrera-t-il sur leur équilibre psychique et leur santé mentale ? Avoir classé sommairement ces personnes dans une «catégorie fourre-tout» n'a-t-il pas contribué à renforcer leur exclusion ? Il fait très chaud, comme si le temps pesait sur cette situation déjà extrêmement lourde. Beaucoup de personnes bavardent à l'extérieur et la presse gravite autour du bâtiment. Dans l'effervescence de cette vie de quartier, les enfants jouent, les évènements ne semblent pas avoir prise sur eux. Pourtant, comment imaginer qu'ils n'aient de graves conséquences sur leur avenir ? L'humiliation subie par

leurs familles sera-t-elle génératrice de violence ?

En situation régulière ou non, certains habitants du gymnase ont un emploi. Certes, tous subissent des conditions de vie similaires, mais chacun a une histoire, un parcours familial et professionnel bien particulier. Ceux que la presse a regroupés sous les termes «squatteurs», «expulsés», ont perdu toute singularité, toute spécificité qui fait de chacun un être humain unique. La catégorisation a gommé les identités.

Je discute avec plusieurs d'entre eux et constate que tous sont profondément blessés et choqués. Je sens monter leur colère car, humiliés, ils ont le sentiment de n'avoir été expulsés qu'en raison de leurs origines et de leur condition sociale. Ils n'existent plus qu'à travers le groupe. Nombreux Cachanais sont postés aux fenêtres. Ils ne se montrent pas hostiles mais restent en retrait, craignant que la situation ne s'enlise encore davantage, ne perde (la rentrée scolaire est pour bientôt) et que la présence de ces «sans-papiers» n'en attire d'autres.

Parallèlement, les occupants du gymnase ont paradoxalement fait de leur catégorisation une force. Comme si le phénomène avait consolidé leur sentiment d'appartenance à un groupe uni et mobilisé dans un même combat, cela a contribué à développer une grande solidarité entre les familles. En effet, dans le gymnase «équipé» de lits de fortune et de couvertures, une véritable vie en communauté s'organise. Au bout de 6 jours, les conditions sanitaires sont évidemment déplorables, la promiscuité totale. Curieusement, au milieu de l'agitation ambiante, règne une certaine organisation. Déjà, durant la période de squat du bâtiment du CROUS, les résidents avaient prouvé leur capacité à prendre en charge collectivement leurs conditions de vie matérielles, réparant et consolidant les installations sanitaires ou électriques lorsque cela s'avérait nécessaire.

L'entraide s'est largement développée. Les mamans s'occupent des enfants dont la plupart n'ont pas 2 ans. Il est évident que les occupants du gymnase sont déterminés à se battre et à faire valoir leurs droits. La résignation n'est pas d'actualité, d'autant qu'aujourd'hui, d'autres (élus, associations, particuliers...) sont venus massivement les soutenir. Dans un premier temps, leur principal souci est de «tenir au jour le jour». Au-delà, ils espèrent pouvoir être tous relogés. Comment leur dire que cela paraît malheureusement bien utopique ? Ils craignent qu'on ne leur propose que des hébergements dans des hôtels éparpillés et éloignés de leur lieu de travail. Ils ont peur d'être séparés parce qu'ils considèrent qu'unis en un même lieu, ils sont plus forts. Curieuse dualité entre cette volonté de rester soudés, groupés et l'espoir d'accéder individuellement à des conditions de vie humainement acceptables. Ceux qui n'ont pas de papiers sont persuadés qu'ils seront expulsés du territoire français. A cette angoisse s'ajoute la crainte que durant la manifestation, la police ne profite de leur absence pour fermer le gymnase. De cette peur naît la colère. Pour apaiser la tension, des élus de Cachan décident d'aller sur le site pour se porter garants. Finalement, quelques policiers pénétreront dans le bâtiment, mais sans l'évacuer. La manifestation se déroule finalement dans le calme, sans incident. Je quitte les lieux, éprouvée par ce que j'ai vu et entendu.

Alors que j'imaginai trouver des personnes totalement abattues, brisées par la violence de ce qu'elles vivent quotidiennement, j'ai surtout rencontré des individus solidaires, prenant soin les uns des autres, déterminés à se battre pour leur dignité et portés par l'espoir de connaître un jour des conditions de vie meilleures. Un échec manifeste pour tous ceux qui, consciemment ou non, ont enfermé ces personnes dans une catégorie unique et donc nécessairement réductrice. ■

Certificat médical, statut social et embarras du psychiatre

Cette présentation décrit un moment du travail clinique d'un psychiatre avec une équipe multidisciplinaire formée de travailleurs sociaux, d'infirmiers, de deux médecins généralistes et d'un agent communautaire qui se consacrent aux personnes vivant sans abri et dans l'exclusion dans le centre-ville de Montréal. Ces personnes sont victimes d'une double discrimination : être une personne « itinérante » et être une personne bénéficiaire de l'aide sociale. Parfois, certaines d'entre elles ne perçoivent aucun revenu et tentent de survivre en étant complètement démunies pendant des mois et des années, en raison d'atteintes mentales sévères qui les stigmatisent encore davantage.

Marie Carmen PLANTE

Médecin Psychiatre,
Professeure agrégée au département de psychiatrie,
CHU de Montréal.

¹ Conseil national du bien-être social (CNBES) au Canada pour la mise en place de programmes sociaux de lutte contre la pauvreté.

La Loi n'exige plus qu'elles justifient d'une adresse fixe pour obtenir une allocation mensuelle; cependant cette allocation reste soumise à des normes qui catégorisent, et même les discriminent dans leur recherche. Bien sûr, elle permet une amélioration de la condition de vie ou devrait le permettre; mais vivre complètement en dehors des Missions et des différentes ressources associées, en se conten-



tant de ce minimum de 270 à 350 euros par mois, est quasi impossible car cela représente souvent moins de la moitié du seuil de pauvreté dans notre

Cette réalité est donc le reflet quotidien de ce que me rapportent les personnes que je rencontre depuis 10 ans. Ces gens me confient: « Docteur, comment puis-je arriver avec un tel montant? C'est un choix crucial et impossible à faire: Ou je loue une mansarde froide, obscure, un taudis à prix fort et je dois continuer à me nourrir, me vêtir et répondre à mes autres besoins en allant dans les missions, donc je ne peux quitter ce milieu... ou j'essaie de trouver du travail et de quitter enfin ce milieu mais il me faut quand même un endroit décent où je puisse me reposer et me refaire et puis quel travail trouverais-je et comment pourrais-je le garder si je demeure dans de telles conditions? »...

Au niveau du logement, les discriminations se répètent et se multiplient: « les propriétaires ne veulent pas de nous. On nous a fait une terrible et très mauvaise réputation. Nous devenons des êtres à part, nous sommes démobilisés, désillusionnés, impuissants... ».

Dans ce contexte de pauvreté extrême, c'est donc un rôle très particulier qui est attendu des médecins et médecins psychiatres: celui de remplir le fameux Certificat Médical qui permettrait d'accéder à une allocation mensuelle supérieure. Et au moment d'en faire la demande, les attitudes diffèrent selon les personnes.

Chez ceux qui vivent leur première expérience de la rue, encore tout imprégnés des messages de la société, on sent très bien la stigmatisation et la discrimination, la honte, la perte de l'estime de soi, la culpabilité, la dévalorisation, le désenchantement, la dépression... « Docteur, vous savez, je n'avais jamais demandé ce type d'aide auparavant. J'ai toujours pu m'organiser autrement, cela me fait très honte. Je voudrais être capable de faire sans ce certificat. Je ne comprends pas ce papier et ces demandes. Qu'allez-vous écrire? Cela me fait peur, vont-ils accepter? Que vont-ils penser et dire de moi au Bien-



être Social¹? Qui décide vraiment? Voilà, avec ce papier maintenant je ne suis plus qu'un BES... »...

Certaines vont jusqu'à s'interroger sur la réaction de leur proche et de leur entourage: « S'ils me voyaient... s'ils savaient ce qui m'arrive... ». Elles vont exiger ce certificat avec dureté, colère, en termes crus, en menaçant, ne me donnant presque pas le choix, cachant souvent derrière ce ton et ces attitudes, leur désespoir et leur impuissance à cette étape de leur vie devenue si cruelle et sans avenir.

Ce moment où est abordée la question du revenu et du certificat médical est très particulier et stratégique car la discrimination et la stigmatisation dont sont victimes ces personnes sont inscrites dans chaque parole et chacun de leur geste. Certaines, à la fin de l'entrevue, maladroitement, les yeux baissés, gauches et murmurant tout bas me diront, en me présentant un formulaire froissé: « Il faudrait signer cela s'il vous plaît » me glissant furtivement l'enveloppe brune sur le bureau ou encore « mon agent, ma travailleuse sociale et mon intervenant m'ont recommandé de vous remettre et de signer ce papier » ou encore « j'ai oublié le mois dernier de vous apporter ce document, je n'ai reçu que très peu d'argent, j'ai dû revenir à nouveau dans la rue. En attendant, pourriez-vous réviser ce formulaire, je sais que cela est de ma faute mais j'en ai vraiment besoin... ».

Certificat médical, statut social et embarras du psychiatre (suite)

Je reçois tout le poids de cette souffrance, de cette détresse, de ce malheur, de leur honte, de leur impuissance qui les obligent à signer ce bout de papier pour qu'ils puissent survivre, se débrouiller, se réorganiser tant soit peu... Et comme je demeure la seule médecin psychiatre auprès de cette équipe, je suis toujours l'interlocutrice qui, à leurs yeux, fera la différence et qui pourra les sortir de la stigmatisation, leur permettre un espoir, une survie possible. On me demande de faire cette différence entre un citoyen qui a des droits et des moyens et celui qui doit se contenter de l'aide minimale, offerte à tous, par rapport à celui qui pourrait avoir droit à une augmentation d'environ 130 euros par mois ou à qui l'on accordera le fameux Support Financier qui leur assure un revenu d'environ 500 euros et plus, dans le cas d'incapacité-invalidité permanente au travail.

Je suis donc acculée à leur signifier une « identité pathologique » aux yeux de la structure administrative du Bien-être Social, ce qui amènera une troisième source de discrimination : après celles d'itinérant et de bénéficiaire du Bien-être Social, celle de malade mental ou de personne présentant certains symptômes mentaux, ce qui équivaut dans un sens, à demander au psychiatre de psychiatriser leur souffrance, leur difficulté, leur vulnérabilité ou de psychologiser les difficultés sociales importantes et insurmontables qui sont le lot des exclus de notre société.

Leur donner un Passeport social médical permettra une amélioration de leur situation et une remontée vers l'espoir de s'en sortir avec des moyens concrets. Ils sont très conscients de ce paradoxe car ils en discutent souvent entre eux et me rapportent leurs propos. Je me retrouve donc dans une situation

« *d'agent double* », intenable, mais qui est un des seuls moyens d'obtenir pour ces personnes un allègement à leurs difficultés.

Dans ma pratique, j'ai établi certaines balises que je respecte au moment de remplir ce certificat :

- 1/ d'une part toujours écrire la vérité,
- 2/ expliciter le mieux possible, avec de multiples détails, la situation du requérant tout en demeurant à l'intérieur des limites de la confidentialité, de l'éthique et de mes responsabilités professionnelles,



- 3/ tenter d'obtenir une allocation supérieure qui permettra à la personne-cela fait partie de l'orientation de notre équipe-d'adhérer à un plan de soins et un plan de vie, d'évoluer vers un traitement, s'il y a lieu, avec un suivi, un retour vers l'autonomie. Entre le handicap, l'inaptitude mentale et/ou physique tels que présentés à notre jugement, dans ces documents, aucune interprétation mitoyenne n'est possible,
- 4/ ne jamais signer de certificat de complaisance mais travailler honnêtement avec la personne, à l'intérieur de la grille très étroite de diagnostics et de symptômes qui nous est allouée.

Ne suis-je pas non plus utilisée dans ce processus pourtant vital et précurseur de libération pour la personne en demande? Puis-je vraiment faire mon travail de

psychiatre et de médecin honnêtement face à ces fameux certificats? Ne m'oblige-t-on pas à une position politique qui n'est pas mon rôle médical? Plusieurs médecins ou psychiatres refusent d'ailleurs, tout simplement de signer ce certificat.

Pour ma part, je choisis d'ajouter des explications, en remplissant toutes les cases possibles, et si nécessaire, de mentionner les hospitalisations, les chirurgies, les traitements médicaux, les médicaments, les suivis, les problèmes physiques et sociaux qui amènent des symptômes, afin que la demande soit vraiment prise en considération, et toujours avec l'accord de la personne. Mais à plusieurs reprises, en utilisant cette stratégie, nous nous sommes senties discriminées, chacune à notre niveau, et impuissantes devant ce document pourtant obligatoire.

Lorsque la situation m'apparaît trop complexe, presque insoluble, je travaille plus étroitement avec un membre de l'équipe ou avec l'équipe entière qui connaît mieux d'autres facettes de la personne et peut m'offrir un éclairage différent pour évaluer la situation, pour prendre une distance éthique nécessaire à la formulation de recommandations adéquates. Dans certains cas, avant de signer ce formulaire qui donnera un statut à la personne, j'interpelle le médecin du Comité évaluateur de Québec pour lui expliquer de vive voix la situation et obtenir un montant adéquat pour une durée entendue, cela en toute transparence, autant avec l'Administration publique qu'avec les personnes concernées. ■

Interview d'un artisan musicien

Depuis début novembre 2005, je suis « passager¹ » à l'accueil de Notre Dame des Sans Abris.

Ce qui m'a plus ici, c'est une ambiance calme; la sécurité et la discipline sont prises en charge par les passagers. Les bénévoles sont disponibles pour parler avec les passagers.

Je suis devenu bénévole.

C'est très important de revivre à travers le regard et les propos que l'Autre vous adresse.

J'ai organisé un atelier d'écrivain public; je suis musicien et j'ai créé une petite chorale; chanter, c'est se mettre à nu; cela procure beaucoup de bonheur, le corps revit.

Avez-vous arrêté d'être « écrivain public » ?

Non, je continue. Mais il y peu de demandes, moins que l'année dernière, car il y a la présence des assistantes sociales maintenant.

Je continue toujours la chorale. Pour la fête de la musique, j'ai organisé une petite chorale; l'ambiance était forte et les gens heureux de chanter là, dans une aile de l'accueil.

S'il fallait vous catégoriser, comment peut-on vous présenter ?

Je suis un artisan musicien.

Pourquoi artisan ?

Je ne me prends pas pour un artiste, mais je maîtrise mon métier comme un artisan.

Je fais aussi du théâtre. J'ai le projet de monter une pièce sur les Sans Domicile qui relate les difficultés de certaines personnes en errance, des difficultés économiques...

On n'est pas uniquement sans abri. On s'investit pour dire qu'on existe. Cette activité nous fait exister. J'arrive à être connu et suis même devenu un repère pour certains algériens.

Je viens en temps que « passager » pour boire un café, et ce qui est important c'est d'être toujours avec eux. Je prends toujours l'entrée des « passagers », et non celle des bénévoles.

Il est difficile de tenir son rôle « d'être humain » (faire attention à l'hygiène...). Au-delà de ça, il faut s'investir dans quelque chose.

Etes-vous toujours logé à Notre Dame des Sans Abris ?

Aujourd'hui, j'ai un logement à Oullins. Je suis très bien; le premier jour, j'ai contemplé la solitude et le silence. C'est toute une vie à organiser.

Lorsque nous avons discuté lors du colloque des Sans Abris, vous m'aviez dit que vous étiez un homme libre ?²

Oui.

Cela ouvre sur quoi ?

C'est un travail sur moi, et ce qui est important, c'est d'être le plus parfait possible pour aller à la rencontre du « moi ». C'est un pèlerinage vers soi. La liberté, c'est de vivre pleinement ce qu'on a à vivre. Il faut ouvrir les yeux sur sa vie et le travail qu'on a à faire.

Peut-on dire que vous êtes un homme libre et un artisan musicien ?

Ce sont des croisements.

Je me sentais libre avant d'avoir un logement. Aujourd'hui, j'ai des responsabilités par rapport à ce logement.

Je suis libre sans contrainte de jugement. Ce qui est important, c'est l'acte.

J'ai fait de la musicologie à Paris, et cela m'a beaucoup ennuyé. Ensuite j'ai pratiqué et cela m'a intéressé. L'artisan est d'abord un pratiquant. Cela m'a donné la liberté de faire les choses, de développer des types de communication infra verbales (pour les enfants).

Ce qui m'a intéressé en musique, c'est l'émotion dans la pratique et ensuite la pédagogie pour transmettre la musique. J'ai aussi écrit des musiques pour le festival du conte à Grenoble.

C'est une liberté d'aller au bout de ce qu'on a à faire.

C'est une idée du bonheur, faire vivre en soi; la liberté est liée au bonheur. Il s'agit de choses simples: admirer une jolie façade de cathédrale, regarder couler la Saône... la simplicité.

Plus vous développez, plus je comprends pourquoi ma question était trop étroite (être un passager ou un bénévole ?)

Je voulais continuer avec les « passagers ». Quand on prend du « galon », on sort d'une caté-

gorie et on ne voit plus les choses de la même manière. A l'intérieur de la catégorie, on se comprend plus facilement. Il y a un souci de fraternité aussi. Je n'ai pas le désir de m'octroyer un titre, ce serait trop de travail.

Vous ne vous êtes jamais senti « enfermé » dans une catégorie ?

Non, je ne crois pas. Je suis un solitaire qui aime contempler. J'ai longtemps vécu dans des campagnes isolées. Là, on faisait ce qu'on voulait.

A un moment, on peut être inclus dans un groupe.

Pourquoi ?

Par exemple, j'ai complètement arrêté de regarder la télé à 10 ans. Beaucoup de gens me disait que j'étais bizarre, particulier, imprévisible... Les filles et garçons n'arrivaient pas à me classer. J'ai travaillé pour assumer mon logement, mes cours de musique... Une question était omniprésente pour moi: travailler pour avancer...

J'avais des élèves qui n'étaient plus libres (par rapport aux temps de respiration, toujours au même endroit...; ils s'arrêtaient au même endroit): c'est un choix de liberté d'accepter le morceau de musique et de le restituer comme une prière.

Et votre famille ?

J'ai divorcé.

Pour la liberté ?

Non, mes beaux-parents ne m'ont jamais accepté.

La situation a été difficile à accepter. Les enfants sont grands aujourd'hui et font des études.

La liberté, c'est aussi ne cultiver aucun attachement, rien du tout (j'ai arrêté de fumer et de boire pendant deux ans).

Êtes-vous né en Algérie ou en France ?

Je suis né à Alger en France³. Je me sens très français.

Mais je n'ai pas de problème avec mes origines. Si on veut être heureux, il ne faut pas se poser de question.

Mustapha qui était venu avec sa guitare nous propose de jouer une sonate en la mineur de Bach.

Propos recueillis par Claudine BASSINI et Jean FURTOS

Mustapha BOUKOUAR

¹ « Passager » est le terme qui désigne les personnes qui font usage des structures d'accueil du Foyer Notre Dame des Sans Abris à Lyon.

² NDLR: Plus précisément, un des interviewers avait demandé à Monsieur Mustapha Békouar si son statut était celui d'un bénévole ou d'un passager et il avait répondu « je suis un homme libre », refusant en quelque sorte l'une et l'autre de ces catégories, d'où la proposition de l'interview.

³ A Bab-el-Oued, faubourg d'Alger, du temps où c'était en France.



Controverse sur une catégorie sensible, le chômage

Phénomène hautement médiatisé et politisé, le chômage fait l'objet de manipulations statistiques qui conduisent à rendre invisible un nombre croissant de personnes en recherche d'emploi. Cet effacement statistique prélude à l'effacement social. Il ouvre la voie à une perte de réalité sociale individuelle et collective, qui constitue, plus que les facteurs matériels, le cœur même des processus d'exclusion. Comment « effacer » les chômeurs, les rendre invisibles ?

Elisabeth MAUREL

Chercheur au PACTE, IEP Grenoble.

Le démontage des constructions statistiques peut aider à démasquer les méthodes utilisées. Nous pouvons en donner deux exemples simples, en nous appuyant sur l'analyse¹ fournie par le collectif « autres chiffres du chômage » qui rassemble des associations de chômeurs et des organisations syndicales de l'INSEE et de l'ANPE.

Le premier exemple concerne l'écart entre le taux de chômage officiel et la réalité de la demande d'emploi.

La mesure officielle présentée repose sur le nombre de demandeurs d'emploi inscrits à l'ANPE en fin de mois en « catégorie 1 »². Ils représentent en septembre 2006 un total de 2 172 000 demandeurs d'emploi, chiffre en baisse de 250 000 entre fin 2005 et fin 2006.

Mais les demandeurs d'emploi sont inscrits à l'ANPE dans 8 catégories différentes, qui représentent au total, à la même époque, 4 450 000 personnes, soit plus du double.

Ainsi, 2 276 000 demandeurs d'emploi sont « exclus » du calcul du taux de chômage. Qui sont-ils ? Il s'agit d'abord des demandeurs en recherche d'emploi à temps partiel (catégorie 2) ou à durée déterminée (catégorie 3). Ils sont estimés à 871 000. Pour une part, leur classement dans cette catégorie résulte d'une décision de l'ANPE en fonction de son interprétation de la demande, plus que d'une aspiration des personnes elles-mêmes.

Sont ainsi effacés les demandeurs les plus exposés au travail précaire et les moins dotés pour l'accès à l'emploi. Parmi eux, une

majorité de femmes qui constituent 80% des travailleurs à temps partiel.

Il s'agit ensuite des demandeurs d'emploi ayant exercé une activité réduite de plus de 78h au cours du mois, qu'ils soient en recherche d'emploi en CDI (catégorie 6), à temps partiel (catégorie 7) ou en CDD (catégorie 8). Sont ici rendus invisibles les quelques 450 000 chômeurs qui, en nombre croissant, sont conduits par la faiblesse ou la fin de leur indemnité chômage à rechercher et exercer des petits boulots provisoires en attente de l'emploi auquel ils aspirent. Ce sont à nouveau, pour une part, les chômeurs qui connaissent des situations difficiles, en raison de ressources insuffisantes.

Il s'agit enfin des personnes en recherche d'emploi mais non immédiatement disponibles, soit en raison d'une situation de maladie ou de stage (catégorie 4), soit des personnes pourvues d'un emploi mais désirant ou devant en changer (catégorie 5). C'est ainsi que sont inscrits en catégorie 5 tous les bénéficiaires d'un contrat aidé relevant des politiques publiques de l'emploi, contrats qui sont tous à durée limitée et doivent en théorie se conclure par une entrée sur le marché du travail dit « ordinaire ». Or ces demandeurs, de même que les stagiaires dont le statut est aussi obligatoirement limité dans le temps, non seulement ne sont pas comptés dans le taux officiel du chômage, mais représentent un degré supplémentaire d'invisibilisation, puisque ces catégories 4 et 5, représentant 320 000 personnes, ne sont pas publiées dans le communiqué mensuel du ministère de l'emploi.

Mais il y existe encore un échelon de plus dans l'effacement : les demandeurs d'emploi « dispensés de recherche d'emploi », qui sont hors catégories. Ils sont ainsi plus de 400 000, travailleurs âgés de plus de 57 ans, voire de 55 ans dans certains cas.

Effacés également des statistiques officielles les quelques 200 000 demandeurs d'emploi des départements d'outre-mer.

Le deuxième exemple concerne l'écart entre la baisse du taux de chômage enregistrée par les statistiques et la réalité du retour à l'emploi. Sortir du chômage administratif, autrement dit sortir des inscrits à l'ANPE, signifie de moins en moins retrouver un emploi.

Deux explications majeures rendent compte de cette situation. La première tient à la baisse continue du nombre de chômeurs indemnisés en raison du durcissement et du raccourcissement de l'indemnisation chômage. Moins d'un demandeur d'emploi sur deux est indemnisé aujourd'hui. Une part croissante de ces chômeurs non indemnisés ne s'inscrit plus à l'ANPE. Ils sont devenus totalement invisibles.

La deuxième explication tient aux nouvelles procédures mises en place dans le cadre du plan de cohésion sociale en 2005. Deux mesures complémentaires ont eu pour effet d'augmenter la « disparition » des chômeurs : l'instauration d'un suivi rapproché des demandeurs d'emploi instaurant le principe d'un entretien mensuel, et le renforcement des sanctions pour non présentation au contrôle.

Le suivi mensuel, remplaçant un suivi semestriel, est présenté comme une personnalisation de l'accompagnement à la recherche d'emploi et une aide aux demandeurs les plus en difficulté. La multiplication des convocations augmente les risques de non présentation par oubli, erreur ou découragement. Ce risque est encore accru par la nouvelle procédure de relance des actualisations en fin de mois qui s'effectue désormais, de manière délibérée, dans des délais trop rapprochés pour être efficaces. Les « non-renouvellements accidentels » ont ainsi augmenté de 30% en 2 ans. L'introduction de la possibilité de sanctions progressives et graduées (réduction des indemnités, radiations provisoires) a eu pour effet de doubler le nombre de sanctions prononcées à l'encontre des chômeurs entre 2005 et 2006.

Au total, à peine une sortie sur deux de l'ANPE correspondrait à une réelle reprise d'emploi. ■

¹ Cette analyse, et les chiffres cités, ont été présentés dans le numéro 193 de février/mars 2007 de la revue « Partage », dans les articles intitulés : « Chômeurs et chiffres sous pression », p. 70 à 77 et « Les chômeurs invisibles » p. 78 à 81.

² Catégorie 1 : demandeurs d'emploi à la recherche d'un emploi à temps plein et à durée indéterminée.

Entre critique et poésie, les catégories

Souvenons-nous que "catégorie" dans la langue des philosophes s'est dit un temps "prédicament" et lisons cet aveu déconcertant pour notre temps : « Mon plus grand plaisir était dans ce que l'on appelle les prédicaments, qui me semblaient être un inventaire de toutes les choses du monde¹ ». Le propos n'est pourtant pas le fait d'un débutant, mais de Leibniz lui-même racontant sa jeunesse de logicien prodige.

Bruno PINCHARD

Professeur de philosophie,
Université Lyon 3.

¹ Leibniz, Lettre à Wagner de 1696, in *Die philosophische Schriften von G.W. Leibniz*, hrsg. von C.I. Gerhardt, vol VII, p. 516.

² NDRL : Dans la mythologie grecque, Procuste était un bandit qui vivait au bord de la route entre Athènes et Eleusis. Il attirait les voyageurs en leur offrant l'hospitalité, mais ensuite il les attachait sur un lit : un petit lit pour les grands et il leur coupait la partie des jambes qui dépassait ou un grand lit pour les petits et il les étirait aux dimensions du lit. C'est le héros Thésée qui mit fin à sa carrière sanglante en lui faisant subir le même sort. Sens actuel : désigne une tentative de réduire les hommes à un seul modèle, à une seule façon de penser ou d'agir, quitte à réduire à néant en eux toute personnalité ou toute originalité.

Je ne saurais dire si Aristote a conçu sur ce mode sa tâche lorsqu'il a inventé sa théorie des catégories, nouant au cœur même des actes du langage l'être et la pensée, mais je suis persuadé que les pensées de Leibniz, devenues avec le temps insolentes, sont bien là pour nous secouer, pour nous libérer de notre défiance à l'égard du langage des hommes.

Ce serait bien mal connaître les catégories de notre esprit que de les confondre avec un lit de Procuste² qui contraindrait un réel vulnérable à l'excès à entrer sous des prises étrangères. Ou plutôt c'est sentir encore peser sur soi la terreur des idéologies et confondre la catégorisation autoritaire avec l'inventivité des idées.

Car au fond qu'est-ce que la catégorisation si ce n'est l'évaluation attentive d'une chose et la tentative de retrouver son unité à travers la diversité des facettes qu'elle livre à notre réflexion. Notre temps préfère la critique à la catégorie. Mais si la critique est un acte de décomposition de son objet qui ne connaît pas de borne, le concept à l'œuvre dans la catégorie sauve ce même objet de sa propre pulvérisation et lui restitue une unité nouvelle, une unité dans l'esprit, à la fois plus stable que la présence toujours fuyante des êtres plongés dans le temps et plus universelle que la suite de ses moments. Et soudain la catégorie permet à chacun d'entre nous de hisser sa pensée à cette dimension d'universalité qui se confond avec sa vocation à la liberté.

On m'opposera que la littérature, ou mieux le poème ont précisément cette fonction et que la pensée par concepts ne sait qu'arraisonner les choses, en les sommant précisément de livrer leurs raisons, dont le secret jalousement gardé serait au contraire un gage d'infinité et même une promesse de salut. Ainsi le conflit ne serait-il pas tant entre les catégories du langage et les choses, qu'entre des usages rivaux de la langue.

Mais ce recours si spontané à l'art ne revient-il pas à demander trop sinon au poème, du moins aux poètes qui nous entourent ? Comment ne pas voir que les enchaînements de la poésie sont devenus des événements locaux, cernés par l'expérimentalisme ou l'esthétisme. Le temps où la poésie se confondait avec la parole du peuple est bien révolu et le culte exclusif des pouvoirs de la parole poétique pourrait finir par produire un effet plus que néfaste : elle interdirait l'accès des modernes à leur réelle créativité. Les modernes ne seront pas tous poètes, mais en tant qu'ils continuent à aménager par la parole le monde qui leur est échu, ils sont contraints de multiplier ces créations modestes et pourtant libératrices de l'angoisse que sont les catégories et de contribuer autant qu'ils le peuvent au concept complet des réalités singulières.

Faut-il comprendre qu'ils succomberaient à des idées toutes faites et à des catégories héritées, fondamentalement inadéquates à une réalité qui ne cesse de se complexifier ? Mais qui ne voit qu'il vaut mieux porter une pensée fausse, qui peut demain être corrigée par un jugement fondé sur l'expérience, que de succomber devant la fatalité silencieuse d'une réalité insurmontable ? Les pensées fausses, ce sont tout de même des pensées, et on devrait toujours les préférer aux poses du silence ou aux affres de la composition,

qui ne sont qu'autant de démissions.

Il faut aimer l'œuvre millénaire du langage jusqu'à son pouvoir de nommer par genres et par espèces les réseaux buissonnants d'une réalité qui nous enveloppe dans ses bras maternels jusqu'à nous étouffer. Il faut aimer le langage jusqu'à ce moment où la volonté humaine se fait si forte qu'elle agit sur lui, l'ordonne et le contraint à se faire porteur d'une vérité d'esprit. Ce processus d'enrichissement progressif a fait ses preuves, preuves non seulement du côté de la science, qui a su y ordonner ses observations en des théories d'abord classificatrices ensuite opératoires, mais aussi preuves dans la philosophie qui y met à l'épreuve la volonté humaine de savoir, et même dans la théologie car c'est grâce au travail de la catégorie que, de simple foi, elle a pu espérer devenir science de Dieu.

Et pour revenir une fois encore à Leibniz, nous pourrions demander à ce grand amateur de catégories où se tient, pour finir, la nécessité profonde de ce grand partage du réel que proposent les catégories raisonnées en leur diversité. Il répondrait sans doute que les catégories ont ceci de bon qu'elles nous font accéder non pas tant à la réalité elle-même, toujours multiple jusqu'à l'insaisissable, qu'à la *possibilité de la réalité*, c'est-à-dire aux règles minimales de sa constitution sous le regard de l'esprit.

Par la catégorie le monde n'est plus seulement réel, il se révèle tout simplement pensable. ■



Un mode de participation active des usagers en santé mentale : les Espaces Conviviaux Citoyens

Martine DUTOIT

Directrice,
Advocacy France.

Depuis 2001, l'association Advocacy France a créé des Espaces Conviviaux Citoyens¹ (ECC), participant ainsi à faire reconnaître le Groupe d'entraide mutuelle² comme une forme d'auto-organisation des personnes ayant des problèmes de santé mentale efficiente en matière de lutte contre l'isolement, l'exclusion, la stigmatisation, en un mot contre la discrimination.

Les personnes qui poussent la porte de l'Espace Advocacy sont souvent des personnes assignées dans des espaces figés : l'espace privé qui les renvoie à leur solitude, l'espace des lieux de soins qui les renvoie à leur dépendance, l'espace public dont elles sont exclues. L'entraide mutuelle n'est pas l'assistance, c'est avoir souci de l'autre et attendre en retour la même attention. C'est ainsi que les participants ont pu décrire cet espace alternatif où *les personnes disent elles-mêmes ce dont elles ont besoin, un espace où se crée ce dont les gens ont besoin pour sortir de la dépendance aux institutions.*

Dans les Espaces Conviviaux Citoyens, l'association Advocacy développe des collectifs de personnes qui se revendiquent usagers de la Santé Mentale. Ils construisent, de fait, des contre-étiquetages collectifs en retrouvant la possibilité d'être citoyen dans la cité en faisant valoir leurs droits, en prenant des responsabilités, en autogérant des lieux d'accueil et de projets pour lutter contre l'isolement, la mésestime de soi.

Des activités et des ateliers

Ils sont présents dans chaque ECC et ont un champ d'application très varié : ateliers de musique, ateliers créatifs (théâtre, arts plastiques, jardinage, cuisine) mais aussi plus « réflexifs » (philosophie, atelier d'écriture, rédaction d'un journal). Leur particularité essentielle réside dans le fait qu'ils sont co-animés par des usagers. Il ne s'agit que de désirs, de plaisir et non d'activités thérapeutiques ou de cours visant la maîtrise de techniques ou d'outils.

De l'autogestion

Elle passe par une maîtrise certaine des situations informelles, spontanées, aléatoires, provisoires, risquées et même désagréables pour favoriser les prises de conscience et de responsabilité, les prises de décision et la créativité des acteurs. C'est le collectif qui est alors le garant de l'autogestion des Espaces et cette autogestion n'existe de fait que lorsque les personnes participent directement à toutes les décisions concernant les projets. Les professionnels ne sont là que pour soutenir cette démarche collective sans entrer dans des processus d'accompagnement individuel, du type « relation d'aide » pratiquée par exemple en service social.

Et la citoyenneté ?

Les participants aux ECC ont remis en question les différentes assignations (patients/malades – usagers – citoyens). Un constat fort s'est imposé : il n'y a pas, semble-t-il, une évolution allant du malade à l'usager, de l'usager au citoyen, chaque « stade » renvoyant à un dispositif plus ou moins « encadré » par des professionnels. D'emblée, on EST citoyen, quelles que soient par ailleurs sa ou ses différentes inscriptions dans des dispositifs (du social, du sanitaire ou du médico-social). Ce positionnement de citoyen conduit donc à une prise de conscience de soi et à l'affirmation de soi, autant qu'à une conscientisation sociale et politique conduisant à un engagement. Donc, la désignation la plus juste est celle de bénévole ou de militant, ou encore de participant. Cette question de désignation peut paraître secondaire, mais elle ne l'est pas pour les personnes concernées et il s'agit donc d'être au clair pour éviter le risque d'une autre assignation.

Ainsi, c'est seulement dans une dynamique d'engagement que les personnes revendiquent une identité collective d'usagers qui alors a une définition toute à fait précise : *l'usager de la santé mentale est un militant dans un collectif ayant pour objectif la prise en compte de son expérience pour faire*

évoluer les politiques et les pratiques de santé mentale dans la société toute entière, donc y compris dans les services de soins, mais aussi dans la cité. Cela inclut la prévention, l'accès au droit commun, l'ensemble des politiques et dispositifs sociaux.

C'est cette dimension collective et citoyenne qui se « travaille » dans les Espaces Conviviaux Citoyens et nous permet de revisiter le couple autonomie / dépendance en revendiquant un compagnonnage, une entraide, un étayage à géométrie variable, où s'invente l'interdépendance.

De l'inclusion

La nouvelle catégorie « personnes handicapées psychiques », même si elle ouvre des perspectives de prise en compte de difficultés sociales bien réelles et de phénomènes de discriminations et d'exclusions, n'est qu'une catégorisation surajoutée. Cependant, il faut la dépasser en pensant l'inclusion. En effet, les personnes revendiquent le droit d'être différent, d'avoir des besoins spécifiques et d'être inclus collectivement dans une société.

L'inclusion est une manière de penser et de vivre qui réclame la participation active de tous les citoyens, ce qui suppose l'égalité des chances, la justice sociale. Mais l'inclusion va au delà pour aboutir à celui de respect des droits humains sous tous les aspects et dans tous les secteurs. Non plus seulement une législation (discrimination positive) qui protège une population vulnérable, une protection des plus faibles, mais une société construite de manière telle que chacun est appelé à participer activement en donnant sa contribution à la construction d'un monde meilleur.

L'inquiétude actuelle des participants aux ECC est une dérive qui consisterait à concevoir les GEM à partir d'institutions et de professionnels concepteurs d'un projet, encadré par des financements, qui on le sait se font rares actuellement, en recherchant ensuite les « usagers », les patients ou les personnes handicapées psychiques pouvant être « bénéficiaires » de ce service. ■

¹ Dans les délégations régionales Advocacy à Caen (2001), Paris (2002), Perpignan (2005), Rouen (2006), Vire (2007).

² Circulaire DGAS/3B n° 2005-418 du 29 août 2005 relative aux modalités de conventionnement et de financement des groupes d'entraide mutuelle pour personnes souffrant de troubles psychiques.

³ Un travail de recherche-action a été mené pendant deux mois en 2006 avec ces participants par Advocacy France et 2IRA (Institut International de Recherche-Action).

⁴ Cf livre à paraître 2007 à l'ENSP : M. Dutoit, *De l'Advocacy en France, Un mode de participation active des usagers en Santé Mentale.*

Information

■ A Bourg-en-Bresse, le CHRS OSER lutte contre sa liquidation depuis le 12 janvier 2007

L'Association OSER (Objectif Solidarité Réinsertion) gère un CHRS ouvert toute l'année 24h/24, une pension de famille et un dispositif d'accueil en urgence pour des familles avec enfants grâce à des financements publics (DDASS, Etat). L'Association est reconnue pour ses prestations, lesquelles ont souvent osé, c'est le moins que l'on puisse attendre avec un tel nom, certaines marges de manœuvre au service des personnes en grande précarité et des demandeurs d'asile ; la qualité de son partenariat, en particulier avec les dispositifs de psychiatrie de secteur, est de notoriété publique.

Depuis la suppression de son habilitation, l'Association campe devant la Préfecture de l'Ain, jours et nuits, depuis bientôt 3 mois, tout en continuant d'assumer, assure la direction, les besoins basiques de l'accueil social.

Le TGI de Bourg en Bresse, qui avait ordonné une mesure de redressement judiciaire, a accordé un délai jusqu'au 9 mai prochain. La grève a été levée par la majorité du personnel le 3 avril, avec reprise de toutes les missions de l'Association.

OSER espère une reprise de son habilitation et pouvoir bénéficier de crédits débloqués dans les suites de l'action des "Enfants de Don Quichotte".

Dans une conjoncture très difficile pour nombre de CHRS, on souhaite une solution viable pour cette association qui, concrètement et éthiquement, est proche des besoins des personnes précaires.

Nous avons lu

■ L'Empire du traumatisme, Enquête sur la condition de victime

Didier Fassin, Richard Rechtman, Flammarion, mars 2007.

Cet ouvrage donne une perspective remarquable sur l'histoire de la naissance d'une catégorie reconnue mondialement (cf. un extrait dans ce numéro, page 7).

Agenda

■ Dispositifs de soins au défi des situations extrêmes

Conférences de présentation du travail collectif dirigé par A.E. Aubert et R. Scelles, le 23 mai 2007 à Rouen (Maison de l'Université) et le 30 mai à Orléans (Théâtre Clin d'Œil). Mèl : regine.scelles@univ-rouen.fr et interstice@wanadoo.fr

■ L'impasse psycho-sociale (que faire quand on ne sait plus quoi faire ?)

Journée départementale Santé Mentale et Précarité, jeudi 31 mai 2007 à la salle polyvalente de Ceyzeriat (Ain), organisée par l'Association Ain-Psy et Carrefour Santé Mentale Précarité.

Contact : Tél : 04 74 52 24 86 / 04 74 52 28 32 - Mèl : precarite.cpa@free.fr

■ Vaincre les discriminations en santé mentale

Troisièmes rencontres internationales du Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la Recherche et la Formation en Santé Mentale (CCOMS) les 12-15 juin 2007 à Nice.

Contact : Tél : 03 20 43 71 00 - Fax : 03 20 43 71 15

Mèl : ccoms@epsm-lille-metropole.fr

■ Alliance thérapeutique et Refus de Soins

XXXIX^{èmes} Journées du Groupement d'Etudes et de Prévention du Suicide.

XXII^{èmes} Journées de Psychiatrie du Val de Loire, les 15 et 17 juin 2007 à l'Abbaye Royale de Fontevraud (49).

Contact : Tél : 02 41 80 79 93 - Mèl : s7.secretariat@ch-cesame-angers.fr

■ Transfert des connaissances et des compétences pour un changement de pratiques

7^{ème} séminaire Réseau francophone de Prévention des Traumatismes et de Promotion de la Sécurité les 21, 22 et 23 juin 2007 à Bordeaux.

Contact : Tél : 05 57 57 45 27 - Mèl : nadia.segala@isped.u-bordeaux2.fr



Nous remercions MM. Réa, Lefebvre, Rivoire (sur la photo) et Burgaz, artistes peintres, ainsi que J. Chananeille, animateur de l'atelier de peinture du CH le Vinatier (Bron) pour l'illustration de ce numéro.

RHIZOME est un bulletin national trimestriel édité par l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP-ORSPERE) 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 Mt d'Or)
- Frédérique CATAUD, cadre de santé (Bron)
- François CHOBEAUX, sociologue (CEMEA Paris)
- Valérie COLIN, dr en psychologie, Orspere
- Jean DALERY, prof. de psychiatrie (Univ. Lyon 1)
- Philippe DAVEZIES, enseignant, chercheur en médecine du travail (Univ. Lyon 1)
- Bernard ELGHOZI, médecin (Réseau Créteil)
- Marie-Claire FILLOT, cadre socio-éducatif (Paris)
- Marie GILLOOTS, pédopsychiatre (Vénissieux)
- Alain GOUFFÈS, psychiatre (UMAPPP Rouen)
- Fabienne LAFONT, psychiatre (St Cyr au Mt d'Or)
- Pierre LARCHER, DGAS
- Christian LAVAL, sociologue, Orspere
- Antoine LAZARUS, prof. santé publique (Bobigny)
- Jean-Pierre MARTIN, psychiatre (Paris)
- Pierre MERCIER, directeur Habitat et Humanisme (Lyon)
- Alain MERCUEL, psychiatre (St Anne Paris)
- Michel MINARD, psychiatre (Dax)
- Gladys MONDIÈRE, dr en psychologie (Lille)
- Pierre MORCELLET, psychiatre (Marseille)
- Christian MULLER, psychiatre (Lille)
- Jean PERRET, président d'association (Lyon)
- Eric PIEL, psychiatre (Paris)
- Gilles RAYMOND, chargé d'études PJJ
- Pauline RHENTER, politologue (Lyon)
- Olivier QUEROUIL, conseiller technique fonds CMU (Paris).
- Nicolas VELUT, psychiatre (Toulouse)

Contact rédaction :

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



ONSMP-ORSPERE

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 : Imprimerie BRAILLY (St-Genis-Laval) - Tél. 04 78 86 47 47
 Dépôt légal : 2286 - Tirage : 9 500 ex.
 ISSN 1622 2032
 N° CPPAP 0910B05589