

In memoriam

Le Docteur Jean Luc GRABER nous a subitement quitté le 11 octobre dernier.

Pédopsychiatre de haute stature, chef de service aux Hospices Civils de Lyon, il a produit son dernier texte dans le numéro 2 de RHIZOME sur le thème «Besoin-Demande-Désir».

Nous avons lu

■ **Eloge de la fraternité : Pratiques des solidarités**

Sous la direction d'Antoine DELBLOND (L'Harmattan, 2000)

A lire par tous ceux qui s'intéressent aux fondements de notre politique sociale.

■ **Liberté, Egalité...Psychiatrie**

Jean MAISONDIEU (Bayard, 2000)

Jean Maisondieu, dans ce dernier ouvrage, nous donne l'état le plus abouti de sa réflexion sur la question de l'exclusion.

■ **La Communauté désœuvrée.**

Jean Luc NANCY (Christian Bourgois éditeur, 3^{ème} édition 1999)

Une référence philosophique décapante (et difficile) sur ce qu'il en est du lien social au-delà de tous les lieux communs.

Agenda

• **Décembre 2000**

Le congrès de la Société Française de Santé Publique coïncide cette année avec la réunion annuelle de la Fédération des Sociétés européennes de santé publique (Eupha). Il se tiendra du 14 au 16 décembre à Paris, Cité des Sciences et de l'Industrie, à La Villette, sur le thème : **Réduction des inégalités de santé en Europe**. Le 16 décembre, journée sur l'accès aux soins des plus démunis (**Présidence Française de l'Union Européenne**).

• **Janvier 2001**

Les 12^{èmes} 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** au Centre des Congrès d'Aix en Provence. Renseignements : Tél 04 42 16 16 65

• **Février 2001**

Le 3^{ème} colloque international de Psychodynamique et Psychopathologie du travail portera sur le thème **La peur et l'action dans le champ du travail**. Il se déroulera le 1^{er}, 2 et 3 février 2001 à la Maison de la Chimie, 28 ter, rue St Dominique Paris 7^{ème}. Renseignements au CNAM Tél : 01 44 10 78 22 Fax : 01 43 54 45 21

• **Février-Mars 2001**

Les 4^{èmes} Rencontres de la Psychiatrie se tiendront du 28 février au 2 mars 2001 à Paris, Palais des Congrès, sur le thème : **L'Homme à l'épreuve de la société contemporaine**. Renseignements : Tél : 01 41 06 67 70 - Fax : 01 41 06 67 79



Le coin du Clinicien

Quelques mots sur la honte.

1) Généralités

La situation de précarité a une forte potentialité hontogène.

La honte est le contraire de la fierté : celle d'appartenir à un groupe humain et d'être reconnu comme tel. Dans ce sens, il s'agit des deux aspects opposés de l'affect de base situé à l'intersection de la vie psychique et de la vie sociale.

La fierté ou la honte portent sur le fait même d'exister au regard d'autrui comme un être valorisé ou déchu. La honte se distingue de la culpabilité qui porte sur le faire interdit et non sur l'être dans ses attributs essentiels.

Nous excluons la vergogne, qui est « la bonne honte » : un être sans vergogne devrait, dit-on, « avoir honte » aux yeux de l'éthique. Nous excluons également la honte ordinaire : rougir à l'occasion d'un lapsus par exemple (hors érythrophobie, évidemment).

La honte dont nous parlons ici consiste à blêmir sous le regard d'autrui, dans une situation humiliante, hontogène (devenir chômeur, toucher le RMI et entendre les réflexions ou voir les regards).

2) La honte blême entraîne les signes cliniques suivants :

• Se sentir/vouloir/disparaître existentiellement et dans son corps. Il existe, de fait, une vasoconstriction car le visage est réellement blême ; parfois,

sensation de vide intrathoracique.

• Ne plus pouvoir parler : mutisme vrai ou mutisme de faux self qui produit un discours pour couvrir sa honte.

• Se sentir tellement un « déchet » que la fuite physique ou psychique, ou le suicide, apparaissent comme la seule solution. La fuite psychique se marque par un effondrement narcissique transitoire ou de longue durée, corrélé à des mécanismes de clivage avec effacement des topiques internes.

• Le mépris, l'arrogance, certaines formes d'agressivité constituent souvent la forme retournée de la honte : faire honte pour ne pas avoir honte.

3) Conduite à tenir :

• Respecter ostensiblement toute personne.
• N'avoir aucune curiosité pour l'intimité du sujet : toute nudité, même psychique, est dans ce cas hontogène. Ne pas « faire parler » mais parler, ne pas rester soi-même mutique face au mutisme honteux.

• Pouvoir nommer l'affect (éventuellement) et connoter positivement les failles de la personne comme faisant partie de l'humain : on les trouve chez d'autres humains (intérêt du groupe).

• Eviter d'induire soi-même une communication hontogène. ■

Jean Furtos, psychiatre Orspere, CH Le Vinatier, Bron

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 Générale 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
- Pierre LARCHER, DGAS
- Christian LAVAL, sociologue, Orspere
- Antoine LAZARUS, prof. santé publique (Bobigny)
- Marc LIVET, cadre infirmier (Paris)
- Jean MAISONDIEU, psychiatre (Poissy St Germain en Laye)
- Jean-Pierre MARTIN, psychiatre (Paris)
- Alain MERCUEL, psychiatre (St Anne Paris)
- Michel MINARD, psychiatre (Dax)
- Gladys MONDIERE, psychologue (Lille)
- Pierre MORCELLET, psychiatre (Marseille)
- Christian MULLER, psychiatre (Lille)
- Jean PERRET, ancien directeur SMC (Villeurbanne)
- Eric PIEL, psychiatre (Paris)
- Olivier QUEROUIL, conseiller technique fonds CMU (Paris).

Contact rédaction :

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



CH Le Vinatier, 95, Bd Pinel
69677 Bron Cedex
Tél. 04 37 91 53 90 Fax 04 37 91 53 92
E-mail : orspere@ch-le-vinatier.fr
Web : www.ch-le-vinatier.fr/orspere
Impression et conception : MEDCOM (Lyon) - Tél. 04 72 78 01 33

Tirage : 8 000 ex.
ISSN 1622 2032

Bulletin national santé mentale et précarité

L'offre de soin entre politique et subjectivité

édito

Jean FURTOS

Après le précédent numéro sur la demande, aborder le thème de l'offre s'est tout naturellement imposé. « Quel soin offrir à qui ne demande rien ? » s'interroge Jean-Jacques Tabary. Mais nous ne nous attendions certes pas à un retour majeur sur la subjectivité, la nôtre, celle des aidants en général, celle des psychiatres en particulier. Tout a commencé par un échange de lettres avec Thierry Trémine, secrétaire général de l'Information Psychiatrique : cette société scientifique tenait récemment à Vannes un important congrès sur l'avenir du secteur. Je me suis étonné que la question du social n'y soit pas explicitement abordée : ni précarité ni exclusion, ni partenariat ni réseau, rien, pas d'avenir en ce domaine. Thierry Trémine m'a répondu, entre autre, que « l'appareil psychique des psychiatres » n'était pas ouvert à cette question. Cette affirmation est bouleversante : cette fermeture est-elle ontologique ou conjoncturelle ? Il faut lire les «libres propos» du Docteur Trémine, sollicité par le comité de rédaction pour développer ce point de vue : il s'avère que les psychiatres des hôpitaux ont un « appareil psychique » actuellement immobilisé par des préoccupations qui découragent la créativité clinique aussi bien que la fidélité au serment d'Hippocrate.

L'analyse de Stéphane Paul est remarquablement convergente : nos méthodes de planification seraient obsolètes car elles ne tiennent pas compte de ce qui fait offre dans le contexte actuel, à savoir, la subjectivité d'un professionnel suffisamment bien préparée à un engagement distancié que certains types de pratiques appellent. C'est dans ce cadre que se pose la pertinence d'une « socio-économie » de la santé « au défi de la précarité » (Lahsen Abdelmalki).

Le thème de l'offre est par ailleurs décliné sous différents angles d'approche : risque d'un malentendu fondamental entre le sujet exclu et la proposition d'une médicalisation déssubjectivante (Jean Maisondieu) ; ouvertures des possibilités théoriques et pratiques d'une possible rencontre entre non demandeurs et offrants (Gladys Mondière et Jacques Simonnet) ; engagement d'une municipalité qui prend au sérieux les questions de santé (Laurent Elghozi) ; exemple d'un travail, sur le terrain, entre infirmières du CMP et travailleurs sociaux du CCAS (Bron) ou : comment concilier, dans le travail ordinaire du secteur, le pôle du soin et celui de l'intervention sociale.

Le numéro 2 de RHIZOME s'intitulait « Métamorphoses de la demande et engagement dans le soin ». Cet engagement est concrètement abordé dans ce numéro. Il débouche sur la responsabilité du politique, envisagée comme ce qui autorise ou décourage les professionnels payés à cet effet. Le débat est ouvert. Souhaitons qu'il soit animé, contradictoire et fécond. Ce sont les meilleurs vœux que nous puissions formuler pour la nouvelle année.



Au sommaire

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

DOSSIER : L'OFFRE

Le sujet entre offre et demande p. 2
Jean MAISONDIEU

Quels outils pour la planification ? p. 3
Stéphane PAUL

La «socio-économie de la santé» au défi de la précarité p. 4/5
Lahsen ABDELMALKI

Si tout le monde n'est pas psychotique, quelle offre ? p. 6
Jacques SIMONNET

Pourquoi l'offre devrait-elle être forcément inadéquate ? p. 7/9
Gladys MONDIÈRE

Le nouvel engagement des élus locaux sur l'offre p. 8/9
Laurent ELGHOZI

SUR LE TERRAIN DES PRATIQUES

Quels soins offrir à qui ne demande rien ? p. 10/11
Jean-Jacques TABARY

Quand un CMP et un CCAS travaillent ensemble p. 12/13
Véronique DESSALLE, Anne VIGNERON, Hélène DE GUILHAUME, Geneviève FURTOS, Michèle TORTONESE-RAMOS

LIBRES PROPOS

Atmosphère en psychiatrie p. 14/15
Thierry TRÉMINE

ACTUALITÉS p. 16

LE COIN DU CLINICIEN p. 16

Le sujet entre offre et demande

C'est l'impasse du sujet entre offre et demande qui impose un réexamen sérieux des modalités de l'offre.

- Je cherche un travail et je n'en trouve pas!

- Cela doit être pénible. Voudriez-vous parler de votre souffrance? Cela vous ferait du bien!

- Je ne veux pas parler! Je veux travailler.
- Oui, c'est bien! Mais si vous n'êtes pas en forme vous ne pourrez pas travailler. Et je vois que vous souffrez, vous n'arrivez plus à le cacher. Faites-vous soigner! ensuite vous chercherez du travail.

- Mais je ne suis pas malade, je suis abattu et inquiet parce que je n'ai pas beaucoup d'espoir de trouver du travail et je ne sais pas ce que je vais devenir.

- Vous voyez que vous souffrez! Vous présentez un état de détresse psychosociale typique. Allez voir un «psy», il vous aidera.

*- Mais je ne suis pas fou!
Non, bien sûr que non! Mais tout de même, vous n'êtes pas bien dans votre peau. Un bon traitement vous redonnera de l'énergie...*

Ce type de dialogue vaguement caricatural, mais pas si imaginaire que cela est assez représentatif de ce qui constitue désormais la trame des échanges entre les exclus et les intervenants du champ médico-social. Ces exclus viennent les voir avec la demande précise d'avoir une place dans la société. En retour, ils leur offrent de les soulager de leur souffrance de sans-place faute de pouvoir les aider réellement à trouver cette place manquante.

Il y a belle lurette que les médecins ne se contentent pas d'essayer de faire tomber la température d'un malade, ils veulent savoir pourquoi il a de la fièvre afin d'être plus efficaces. De même, en psychiatrie, il est devenu classique de répondre à la demande d'un patient d'être soulagé d'un symptôme par une offre d'explorer ses conflits inconscients ou ses dysfonctions cognitives. Les malades sont généralement favorables à l'offre du médecin d'aller au delà de leur demande initiale car ils perçoivent bien tout l'intérêt qu'il y a à bénéficier d'un traitement qui s'attaque à la racine du mal, plutôt que de se contenter de soins palliatifs. Les

exclus ne l'entendent pas de cette oreille parce qu'ils savent bien que l'exclusion n'est pas une maladie individuelle. Elle est une situation pénible qui fait souffrir celui qui la subit qu'il soit ou non un malade. Si on veut garder la métaphore médicale, il ne faut pas se tromper de cible : ce n'est pas l'exclu qui est malade, c'est la société. Il y a «un malaise dans la civilisation» dont les exclus sont les symptômes. C'est pourquoi il faudrait répondre à leur demande de faire cesser leur exclusion au lieu de se contenter de leur offrir de faire cesser leur souffrance, car c'est l'exclusion qui provoque leur souffrance et non l'inverse.

Pourtant, de plus en plus, les programmes de réinsertion obéissent à cette logique en forme de dialogue de sourds : répondre à une demande légitime par une offre qui déplace le problème de son point d'ancrage dans la réalité sociale pour le transférer dans la sphère psychoaffective de l'individu et en faire un symptôme lui appartenant en propre. À la réalité d'un manque de place dans la société est substituée «une souffrance qu'on ne peut plus cacher». Elle existe bien sûr, mais elle n'est que l'écho dans la psyché de ce manque de place dans la société (même si elle entre en résonance avec une éventuelle vulnérabilité psychique préalable du sujet exclu). On ne peut pas ne pas en tenir compte ni refuser d'essayer de la soulager, mais on ne doit pas non plus se contenter de cela.

Celui qui est sans place manque d'aisance au sens propre comme au sens figuré. Il vit dans l'inconfort matériel et affectif parce qu'il est exclu et qu'il s'exclut des échanges. Parce qu'il est dans la gêne, il n'est pas du même monde que les inclus bien qu'il appartienne à la même société qu'eux. Parce qu'il est gêné de ne pas se sentir à leur hauteur, il a honte de lui : bref, il souffre! Tantôt, le plus souvent, il se fait tout petit pour se faire accepter. On dit alors qu'il est inhibé et que c'est pour cela qu'il n'arrive pas à s'insérer. Tantôt, plus rarement, il revendique haut et fort la place qui lui revient, et on dit que c'est un psychopathe et que c'est pour cela qu'il n'arrive pas à s'insérer.

Cependant, qu'il ait été normal ou malade, inhibé ou psychopathe avant son exclusion, le sujet exclu se retrouve toujours après son exclusion dans la situation paradoxale de devoir quémander sa place, alors qu'elle lui revient de droit en tant que citoyen à l'égal des inclus. S'il ne la trouve pas ce n'est pas, ou pas seulement, parce qu'il ne sait pas s'y prendre, c'est parce qu'il n'y a pas de place pour tout le monde. S'il souffre à s'en rendre malade de ne pas la trouver, c'est qu'il est confronté à la mission impossible : se faire une place de sujet alors qu'il n'est considéré que comme un objet.

Dans la mesure où le Marché dicte sa loi à la société, les hommes sont au service de l'Économie au lieu que ce soit l'inverse. Dans cette perspective, il est logique de mettre au rancart ceux d'entre eux qui ne sont pas performants ou dont on ne sait que faire : l'exclusion va de soi. Mais cette logique mercantile va à l'encontre de l'idéal républicain. Celui-ci ne peut admettre l'exclusion.

Pour sauver les apparences et faute d'une réelle volonté de supprimer l'exclusion en remettant le Marché à sa place, et parce qu'il est tout de même impensable de supprimer les exclus, on a bricolé une solution intermédiaire qui ne supprime ni l'exclusion ni les exclus. Elle consiste à élever au rang d'entité autonome et de pathologie individuelle la détresse psychosociale - conséquence inéluctable de l'exclusion - pour en faire la cause. C'est d'autant plus facile que la détresse psychosociale devient effectivement source d'exclusion si elle se pérennise tant soit peu.

Ainsi, ce n'est plus la société qui est inhumaine d'exclure certains de ses membres, ce sont les exclus qui ne sont pas comme les autres parce qu'ils présentent des difficultés d'insertion. Il ne reste plus qu'à mobiliser les acteurs du champ médico-social pour leur apprendre à vivre. Exclu de la société des inclus, le sujet exclu devient l'objet de sa sollicitude. Il n'est pas prêt de devenir un sujet !

Jean MAISONDIEU
Psychiatre des Hôpitaux
Centre Hospitalier de
Poissy St Germain en Laye

Atmosphère en psychiatrie (suite)

mondes possible. Le choix des priorités par un autre devient un appareil à influencer les pratiques où chacun est mis en demeure d'exceller dans ce qu'il n'a pas choisi, notamment dans ce qui déroge à «l'human engineering», vis à vis duquel il a le sentiment que la société libérale avancée botte en touche. Ramasseur de balles, vous dis je....

Qui exige que ma conscience s'afflige de la misère de l'autre, alors même que ce mot prend des allures «politically soft» qui les technicisent en leur ôtant leur affectivité qui me touche ? me mobilise ? m'émeut ? une agence ? une mission ?

Qui m'enseigne encore que rien de l'humain ne m'est étranger ? Où sont mes pairs, avec lesquels je dois discuter de mes choix ? Qui partagent mes expériences ?

La médecine du contrat libéral, constamment redéfini lors de chaque rencontre avec le patient, enterre la vocation, avec des serments d'introni-

sation au métier brocardés car inutiles ou hypocrites* Quant à ceux qui sont en dehors de tout contrat de ce genre, et qui n'ont que leur force de misère à offrir... On verra plus tard.

Tout s'use, cependant.

Même le vocabulaire petit-bourgeois. «Le prestataire-de-soins-sollicité-par-l'usager-de-la-santé-mentale» commence à irriter, comme un gargarisme trop souvent répété.

Voilà quelques sentiments personnels sur l'ambiance générale. S'y ajoutent des particularités propres à la psychiatrie française. Celle-ci s'est en effet largement construite autour du «pattern» particulier des psychoses chroniques, lié à la psychanalyse et plus largement à l'historicité et à la narrativité du sujet parlant. Les champs du Savoir et des Savoir-faire étaient relativement superposables à celui des institutions. L'éclatement éclectique des savoirs est de moins en moins en rapport avec la diversité des interventions sociales. Les discours, le sujet, les doctrines se morcellent ; il y a comme un sentiment de dilu-

tion du sel du métier, un éparpillement sans fin, une perte d'identité ; comme si on exigeait d'un curé de ne faire que du catéchisme. Eloigné des psychoses, le praticien devient un psychiatre «in partibus», dans les pays occupés par les infidèles.

On comprendra alors la fin de ma réflexion: la difficulté réside dans la propre précarité psychique et politique du psychiatre des hôpitaux. Il nous faut récupérer notre pouvoir décisionnel et même notre vocabulaire: je veux bien m'occuper de l'humaine misère et prodiguer mes soins à l'indigent; d'ailleurs, j'en ai fait serment, naguère. Je n'ai que faire des figures en négatif de l'énarchie; la précarité vient de «obtenu par prière»; l'exclusion renvoie en négatif à «l'inclusion» du coléoptère dans un milieu polymérisé. Tant que leur propre précarité, leur passivité, leur perte d'initiative mettront les équipes sur la résistance, rien de bien nouveau ne sera possible. ■

BIBLIOGRAPHIE :

GOUREVITCH (M.)
Complexe d'Hippocrate
et serment d'Édipe,
l'information psychiatrique,
à paraître.



Atmosphère en psychiatrie

Réfléchir sur les difficultés ou les résistances qu'entraînent l'apparition des mots «exclusion et précarité» dans l'univers psychique du psychiatre des hôpitaux relève d'abord de l'introspection, puis du souvenir des conversations, interventions, remarques ou abjurations entendues lors des congrès ou réunions diverses. Cette question renvoie à des sentiments diffus, parfois contradictoires.

Thierry TRÉMINE

Psychiatre des hôpitaux,
chef de service
au centre hospitalier
Robert Ballanger,
Aulnay-sous-Bois,
Secrétaire Général de la
Société de l'Information
Psychiatrique.

On peut analyser par couches successives les motifs de récusation les plus souvent rencontrés, avec le désordre de la pensée de celui qui est engagé dans l'affaire.

La première remarque est banale, mais déjà contradictoire et significative: le psychiatre des hôpitaux veut bien s'occuper des souffrances psychiques que la précarité conditionne, mais non de la précarité elle-même.

Si je dis qu'il y a contradiction, c'est parce que la souffrance psychologique, dès lors qu'elle se structure en pathologie cliniquement référencée demeure en France un organisateur efficace du reste de la prise en charge, y compris de la dite précarité: être soigné par une équipe médico-psychologique évite le plus souvent une forte paupérisation, ce qui ne sera pas le cas du symptôme organique aux urgences, de la maladie somatique constituée, de l'alcoolisme et de ses conséquences ou de la misère elle-même.

Le contrat de soins, qui comprend réhabilitation et (ré)insertion est soumis à l'existence d'une pathologie constituée, ou même... instituée, qui se réfère à un champ délimité des savoirs et des savoir-faire dont le dépassement est difficile.

La psychiatrie s'est toujours créée elle-même ses nouvelles problématiques, à partir des modifications ou idéologies circulant dans l'ambiance, le socius. Pinel ou la psychiatrie communautaire relève de pratiques volontaires nées d'un procès où se

rejoignent le refus d'une situation donnée et la perception de possibilités nouvelles.

L'asile, sous sa forme exécrationnelle, est institué par un rapport de Parchappe au ministre de l'intérieur justifiant déjà la gestion économique des aliénés sous le registre de la chronicité*. Désormais, lorsque le politique ou l'administratif prennent l'initiative, il faut bien constater que l'affaire se corse et n'entraîne pas l'adhésion facile.

Les termes sont d'ailleurs relativement interchangeables, maintenant, ou confondus sous le vocable de «tutelle». Cet amalgame est sans doute abusif, projectif, mais il est surtout consécutif au constat fait par le praticien de sa propre précarité, de son indigence face à un ensemble décisionnel dont il n'est plus.

La pauvreté de certaines équipes, leur propre dénuement qui les laisse bien en deçà des normes minimales reconnues, obère de fait toute demande sociale supplémentaire venant de l'extérieur. Certaines régions sont historiquement dépourvues depuis de nombreuses années et cela correspond le plus souvent à des populations se trouvant dans de grandes difficultés sociales. A cela s'ajoutent de nouveaux secteurs démunis en temps soignant; il y a dix ans, on y retrouvait des équipes stables, engagées dans leurs pratiques et capables d'initiatives. Cette situation d'incurie, dont la motivation fut essentiellement économique, devait se développer dans une ambiance générale où la médecine était mise sous curatelle aggravée, du fait de sa prodigalité ou de son intempérance invoquée. Le médecin, suspect de délit économique vis à vis des comptes de la nation, devait y perdre beaucoup de son statut social, mais devait aussi se replier sur des valeurs défensives, parfois corporatistes, au détriment de son engagement social.

D'un coup de croissance, les arguments se sont fait soudainement

moins pressants: les comptes de la sécurité sociale sont équilibrés et l'OMS vient de placer la médecine française au tout premier rang mondial, quand à l'accessibilité aux soins et à la qualité de l'équipement. Il fallait donc résister à «l'horreur économique», sans doute...

On mesure alors différemment la valeur des arguments, si culpabilisants, et la crédibilité de ceux qui les avançaient, incapables de prévoir les effets désastreux de l'évolution des démographies médicales et infirmières. Qui évalue les évaluateurs?

Aux XIXèmes journées de la Société de l'Information Psychiatrique, qui se sont tenues récemment à Vannes, une enquête nationale a montré qu'un quart des psychiatres des hôpitaux auraient bien voulu quitter le service public; le motif le plus souvent invoqué était moins le statut, la carence en moyens que la bureaucratization de leur métier. En écho à cela, une table ronde internationale faisait largement état, dans les pays développés, d'une situation de mondialisation bureaucratique, sous couvert de bonnes pratiques économiques. Au Danemark, les patients ne rencontrent plus des soignants, mais des protocoles; aux Etats Unis, le «managed care» décide le choix des thérapeutiques etc.. Tout cela s'accompagne naturellement d'une redéfinition des rapports soignants-soignés et d'une «judiciarisation» du risque thérapeutique.

Dans ce contexte, il existe dans notre corps de métier un sentiment flou, dépressif, parfois persécutif, ou chaque demande sociale nouvelle est suspecte. Pourquoi? parce que les praticiens ont le sentiment d'avoir perdu l'initiative des projets institutionnels, d'être sur la résistance, la méfiance. Alors qu'ils étaient directement en prise avec le socius, ils ne le sont plus et doivent passer par des administrations plus ou moins anonymes, et surtout totalement intouchables. Les ARH et leurs DAR fonctionnent comme la commission de Bruxelles: pour le meilleur des

(suite p. 15)

BIBLIOGRAPHIE :

LANTERI-LAURA (G.)
La chronicité en psychiatrie,
Paris, les empêcheurs de penser
en rond, 1997.

Quels outils pour la planification ?

Le précédent numéro de «Rhizome» était en grande partie consacré à une réflexion sur les évolutions qu'enregistre la demande de soins. Dès lors, les membres de son comité de rédaction ont pensé qu'il serait logique que le présent numéro aborde la question de l'offre.

Stéphane PAUL

*Inspecteur général
des Affaires Sociales,
Président du Conseil
Scientifique de l'Orspere*

Logique ? Oui, bien sûr : le bon sens ne veut-il pas que l'on tente de construire une offre (exprimée en personnels, en lits, en places, en équipements, etc.) qui permette de répondre aux besoins tels qu'on a pu les identifier et qui sache s'adapter sans retard aux multiples changements qui affectent la demande.

Logique, donc... Mais, pourtant, lorsque les experts du Haut Comité de la Santé Publique étudient l'affaire, ils écrivent, dans un rapport de juin 1998, qu'il serait «simpliste» (sic) d'imaginer qu'il y ait un enchaînement causal établi entre le niveau d'équipement proposé à une population et la qualité de son état de santé. Et, dans le sens inverse, ils soulignent que le constat d'une déficience dans l'état de santé d'une population ne trouve pas nécessairement son remède le plus adapté dans un accroissement automatique de l'offre de soins.

Un exemple simple permet d'illustrer le propos : si l'hiver amène une augmentation des affections respiratoires, on peut certes accroître le nombre des pneumologues et des lits de médecine ; mais il serait tout aussi sérieux d'inciter concomitamment les pollueurs à réduire leurs effluents dans l'atmosphère.

Comme quoi il ne faut pas exiger de l'offre de soins plus qu'elle ne doit apporter.

Pour autant, qu'on ne s'y trompe pas : s'il importe de ne pas surestimer le rôle de l'offre de soins, il serait coupable d'en déduire que l'on peut abaisser le niveau d'exigence qui doit lui être imposé ! Et, précisément, au moment où se mettent en œuvre les schémas régionaux d'organisation des soins adoptés tant pour les soins somatiques que pour la psychiatrie,

que peut-on attendre de l'offre de soins ? Plus précisément, quelles sont les exigences de cette décennie-ci qui sont nouvelles ou accrues par rapport aux attentes que nous formulions dans les années 90 ?

L'offre doit d'abord, dans sa structure et son fonctionnement, se faire plus attentive aux attentes de la population. Ainsi, dans le domaine des soins somatiques, l'offre est-elle appelée à devenir progressivement plus perméable aux vœux du consommateur en favorisant l'essor de la chirurgie ambulatoire, la lutte contre la douleur ou encore l'hospitalisation à domicile. Et c'est bien l'une des missions de RHIZOME que de contribuer à ouvrir les centres hospitaliers spécialisés et les équipes des secteurs aux attentes, nouvelles aussi, à leur manière, d'une population qu'ils ne connaissent guère il y a seulement quinze ans.

Il convient en second lieu que chacun des éléments de l'offre de soins (les établissements mais aussi, en leur sein, les équipes) s'extravertissent plus qu'auparavant. La nécessité pour chacun d'une réflexion moins endogène tient naturellement au fait qu'aucune structure sanitaire ou sociale ne peut plus définir son projet par et pour elle-même. Rançon de la spécialisation croissante de chacune de ces structures, le patient est de plus en plus souvent amené à effectuer un parcours qui le conduit de l'une à l'autre. Dans ces conditions, ce qui importe, c'est certes la qualité intrinsèque de chaque maillon, mais tout autant la manière dont s'opèrent les articulations sans lesquelles la chaîne n'existe pas. C'est ainsi que l'Orspere, avec d'autres, manifeste le besoin de travailler le lien entre gens de «la psychiatrie» et gens du «social» ; l'objet n'est pas que les uns ou les autres y perdent leur âme, mais qu'ils trouvent ensemble les moyens du dialogue que requiert la prise en charge de personnes que l'on ne saurait, sans grand danger pour elles, ranger simplement et définitivement dans telle ou telle case bien délimitée.

Troisième évolution : il faut s'attendre à ce que l'évaluateur de demain (et peut-être d'aujourd'hui) audite les processus internes, recueille l'avis des malades, examine la qualité des prises en charge au regard de référentiels internationalement reconnus et eux-mêmes en constante amélioration, alors que le planificateur d'hier scrutait prioritairement le nombre des lits autorisés, à comparer à des besoins théoriques, eux-mêmes définis via des «indices lits/population» relativement stables dans le temps. Et l'on voit par là que l'obsolescence risque de gagner bien vite les raisonnements construits sur le nombre des secteurs, des lits, des places... Ce qui compte de plus en plus, ce sont les soignants et la qualité de leur savoir-faire : travailler sur l'offre, c'est donc désormais se prononcer sur leur nombre, sur leur formation, sur l'acquisition des compétences en cours de carrière, sur l'apprentissage du travail en réseau, sur la transférabilité des bonnes pratiques.

Autrement dit, nous allons avoir à faire progressivement, tous ensemble, le deuil des outils de la planification, frustrés mais confortables, qui nous ont tant servi au cours de ces dernières décennies. C'est un peu triste, mais c'est probablement à ce prix que, tel le rhizome, notre travail donnera naissance à de nouvelles pousses dont nous puissions, un jour, être fiers. ■



La «socio-économie de la santé» au défi de la précarité

L'économie politique se préoccupe traditionnellement des phénomènes ayant trait à la vie individuelle ou collective des hommes qui s'accompagnent de la formation de la valeur. En d'autres termes, les économistes se distinguent notamment des sociologues par le fait qu'ils sont des "spécialistes" du calcul économique. Même si un hôpital, par exemple, est une institution essentielle de notre système de soins, en ce qu'il propose des services indispensables de santé publique, l'économiste dira dans quelles conditions, de coût et de facturation notamment, l'offre d'un service est justifiée. L'économiste ne s'arrête donc pas à l'utile, il envisage aussi ce qui est économiquement possible et ce qui ne l'est pas. Cette précision liminaire appelle, cependant, une nuance.

Le calcul économique est différent selon qu'il est privé ou public.

Sur le marché des téléviseurs (bien privé), l'acheteur recherche en principe, comme le veut l'expression consacrée, le "meilleur rapport qualité-prix". Ce que les spécialistes de la microéconomie qualifient de "maximisation de l'utilité sous contrainte budgétaire". Dans cette sphère, le calcul économique ne peut être fictif. L'individu ne peut acheter que ce qu'il peut payer, sinon il s'expose à des sanctions : si un produit absorbe une partie importante de son revenu, l'acquéreur est condamné à se priver d'autres achats et, au-delà d'un certain seuil, il s'expose à l'insolvabilité. Dans la perspective du calcul économique public, celui qui préside à la réalisation des projets collectifs, les prix fictifs - faute de marché parfois - remplacent les prix réels. Les choix procèdent alors de la confrontation des avantages (ou de l'efficacité) des projets et des décisions à leurs coûts. Les projets et infrastructures qui sont réalisés sont généralement censés répondre, dans une certaine conformité, à cet objectif d'efficacité sociale.

Pourtant, aussi éclairante qu'elle soit, cette distinction entre logique publique et logique privée reste caricaturale. On sait par exemple que les infrastructures collectives de soins en France doivent leur existence à la "viabilité culturelle" aujourd'hui inespérée d'un système de santé qui continue de reposer sur une certaine idée du service public. Le triomphe de l'idéologie de l'économie de marché et les perspectives qu'elle laisse miroiter de pouvoir rechercher des profits dans une "vente" plus large de soins, fait craindre à une partie de l'opinion (et des professionnels) que ce triomphe détruit l'hôpital et, avec lui, le terreau culturel sur lequel il s'est historiquement construit. Plus loin, certains redoutent même que la conversion du domaine de l'hôpital public à la logique privée vienne compromettre la part d'altruisme sans laquelle le lien social ne peut se perpétuer.

Au fond, ce qu'il faudrait aujourd'hui, c'est une véritable "socio-économie de la santé". C'est-à-dire une discipline capable d'appréhender la relation de soins dans le cadre des rapports de société.

Il ne s'agirait pas alors seulement d'affecter des coûts à des actes ou de mettre en relation une offre de soin avec la demande correspondante. Il s'agirait plus fondamentalement de se pencher sur la logique d'expression de l'offre (qui offre quoi et pourquoi ?) ou de la demande (comment naissent les besoins,

comment les usagers traduisent-ils ces besoins en demande ?). Ces questions, certes anciennes, revêtent un caractère particulièrement aigu dans le contexte de crise économique et sociale des vingt dernières années. En effet, un nombre important d'individus, d'abord exclus du marché du travail puis évincés des autres lieux de sociabilité, peinent à se présenter comme des usagers à part entière du système de soins. A leur égard, une analyse en termes d'offre, de demande, de coût et de prix perd toute signification. A l'intention de ces catégories précaires, et souvent meurtries, notre tâche doit d'abord consister à redéfinir le rapport que nous souhaitons établir entre économie de marché et démocratie, entre efficacité économique et justice sociale. C'est le prélude indispensable à une clarification de notre attitude collective à l'égard de l'exclusion et de la précarité. La précarité psychique ou médicale n'en sont que des expressions partielles.

Cette discipline que l'on peut souhaiter avec toute l'ardeur que peuvent inspirer les temps actuels si difficiles pour nombre de nos concitoyens n'existe pas encore. Mais, est-elle au moins en train de se construire ? On peut en douter. Concilier l'efficacité économique (qui est un fait) à la justice sociale (qui est à consolider) n'est pas simple dans une société qui secrète l'exclusion comme un fait organique.

Pourtant une société démocratique, comme la France, doit bien tenter de trouver des réponses à une question

« On peut constater l'irresponsabilité de cette politique dans le fait que si la précarité a affecté au début les plus fragiles (les moins qualifiés, les travailleurs les plus jeunes, les femmes, les étrangers, les pauvres, etc.), elle a fini par approcher ou par affecter tout le monde. »

Lahsen ABDELMALKI
Economiste,
Maître de Conférences
à l'Université Lumière
Lyon 2

Sur le terrain des Pratiques

Quand un CMP et un CCAS travaillent ensemble (suite)

perçoivent tout de suite la spécificité des interlocuteurs puisqu'ils s'adressent tantôt au soignant, tantôt au travailleur social à bon escient. Le contenu de «leur message» montre bien qu'il n'y a pas de confusion des rôles. A l'issue de cet entretien triangulaire, un projet de soin a souvent pu s'établir, donnant lieu à un suivi au CMP. L'accès au soin est donc largement facilité par l'intervention sociale pour des personnes présentant des pathologies psychiatriques constituées.

Reste actuellement à nous interroger sur certaines situations où l'usager refuse le projet de soin : résistance par peur des changements, des remises en question, «des psy» ?

pour surendettement et difficultés de gestion de sa situation sociale présente un état d'angoisse constant, une phobie sociale, de l'insomnie, de l'anorexie, un sentiment de dévalorisation extrême.

Lors d'un entretien à trois, elle peut exprimer ses difficultés actuelles et accepte l'idée d'un accompagnement psychologique.

Ensuite, un entretien infirmier au CCAS lui permettra d'aborder certains éléments traumatiques de son histoire. Elle sera rassurée de voir que certaines de ses pensées folles sont recevables par un soignant.

Elle accepte de venir au CMP où elle bénéficie actuellement d'un suivi médico-infirmier.

l'A.S. Très vite, le problème alcool est parlé par Mr.T. mais il ne souhaite pas de soin et préfère s'orienter vers l'insertion professionnelle. Ceci est engagé avec l'aide d'une association d'accompagnement à la recherche d'emploi et aboutit à l'entrée de Mr.T. en contrat emploi-solidarité. Mais, très vite, c'est l'échec, Mr.T. quitte brutalement son poste de travail sans explication.

A ce moment, l'A.S. reprend avec lui ses difficultés, les raisons de son arrêt, sa peur de ne pas être à la hauteur et de ne pouvoir rester sur un poste de travail. C'est ainsi qu'il est reparlé des soins et de sa maladie alcoolique ; néanmoins, plusieurs rencontres seront nécessaires pour l'orientation sur le CMP.

A partir de celle-ci, l'insertion professionnelle a été abandonnée et Mr.T. s'est orienté plus sur un projet de s'occuper de lui.

Conclusions

Nous soulignerons que ce travail commun, A.S. et infirmières, est certainement facilité par une proximité de ces deux métiers. Nous sommes dans une équivalence sociale et statutaire et, de plus, nous partageons un même souci de la quotidienneté, de la réalité matérielle des personnes. Cet espace d'observation commun permet que les apports plus techniques et les constructions d'analyse de situations se fassent dans un climat aisé.

A côté de la construction de ce cadre commun formel, une liaison simple et informelle s'est tout naturellement déployée. Chacun a le sentiment de pouvoir mieux exercer son métier. ■



On constate que certaines personnes expriment un mal-être, une plainte qui perdure et ne peut être élaborée en terme de soin.

Clinique

• Mme A.

Mme A., 47 ans, divorcée, un fils adulte à charge, usager du CCAS

• M. T

Dans le cadre des missions du CCAS, nous accompagnons des bénéficiaires du RMI. Mr.T. était bénéficiaire depuis 1994 quand il arrive sur la commune. Il a 49 ans, un long passé de SDF et est physiquement marqué par cette période. Les rencontres entre l'A.S. et Mr.T. sont le plus souvent à l'initiative de

Quand un CMP et un CCAS travaillent ensemble

Les assistantes sociales du CCAS (Centre Communal d'Action Sociale) faisaient trois constats :

- Une grande souffrance psychologique chez un nombre important de personnes reçues au CCAS.
 - La souffrance sociale et la souffrance psychologique étaient mêlées
 - Les orientations vers le CMP (Centre Médico-Psychologique) n'étaient pas suivies d'effets : le public n'arrivait pas à franchir la porte du CMP.
- Ainsi, il y avait le repérage d'un besoin important et l'inadéquation du mode d'orientation.**

Il faut du temps...

Dans les années 91-92, les équipes du CMP n'avaient plus d'antennes dans les MDR (Maison du Département du Rhône), tandis que des besoins de partenariat émergeaient et, entre autre, les A.S. du CCAS étaient demandeuses de travail commun.

La première étape a été la présentation de situations difficiles vécues par les A.S. du CCAS à l'équipe du CMP, dans le cadre de la réunion d'équipe du CMP.

Au départ, l'équipe du CCAS et l'équipe du CMP avaient une manière d'appréhender la souffrance morale de façon différente. Toute la question était de savoir si la souffrance vécue par ces personnes était plus d'ordre social, ayant donc à être prise en compte avec des réponses sociales; ou d'ordre psychologique, avec de possibles améliorations par des soins.

Plusieurs années de travail de rapprochement des deux structures, de connaissances des pratiques et des missions de chacun, ont permis :

- d'affiner le diagnostic de la souffrance et de chercher comment les soignants pouvaient au mieux aider les travailleurs sociaux à répondre aux personnes en difficulté psychique.
- de dépasser les clivages existants

entre les logiques d'intervention des deux structures.

- de reprendre la question de la demande de soin ou de son absence pour un public très fragilisé.

En effet, certains professionnels, psychiatres et psychologue du CMP, pensaient que la demande de soin exprimée par la personne était un postulat incontournable. De leur côté, les A.S. du CCAS constataient une résistance à cette démarche :

- désespérance tellement grande que les forces manquent pour entreprendre un soin,



- peur fantasmatique du lieu CMP liée aux représentations culturelles négatives de la psychiatrie,

- situations sociales tellement lourdes que les problèmes de santé sont ressentis comme secondaires,

- sentiment de honte à être aidé psychologiquement

En fait, il est apparu aux professionnels engagés dans ce projet de travail qu'il faudrait «aller vers» ceux qui ne peuvent pas faire eux-mêmes cette démarche.

A partir de 1994 la décision est prise d'un travail régulier, commun aux deux structures dont la particularité essentielle est l'intervention de deux

infirmières auprès des usagers du service social, dans les locaux du CCAS.

Le dispositif co-construit

1 – Les objectifs :

- L'analyse de situations difficiles
- L'accès au soin psychologique
- La prise en compte de situations d'urgence

2 – Les moyens :

- Les échanges en réunion, le soutien professionnel.

Une réunion mensuelle rassemble 4 AS du CCAS, 2 infirmières psychiatriques, parfois 1 AS du secteur psychiatrique.

Des situations problématiques sont analysées ensemble en croisant les compétences professionnelles de chacun. Ce travail peut permettre, par l'apport d'éléments de compréhension, l'émergence d'hypothèses de travail social aboutissant à une clarification de la situation. Il peut aussi faire apparaître la nécessité d'une rencontre avec un soignant.

Ces éléments de compréhension du fonctionnement psychique sont enrichissants au-delà de la situation évoquée ponctuellement et restent un apport pour l'intervention sociale.

Ces réunions sont aussi l'occasion d'un retour sur le suivi des personnes qui sont connues des deux services, dans un souci de cohérence des interventions et sans que les exigences du secret ne soient trahies.

- L'entretien à trois (usager, infirmière, assistante sociale) :

Il s'agit d'un entretien programmé qui se déroule au CCAS. C'est l'A.S. qui débute l'entretien en présentant la personne et les difficultés qu'elles ont préalablement repérées ensemble. On peut noter que les personnes

« En fait, il est apparu aux professionnels engagés dans ce projet de travail qu'il faudrait «aller vers» ceux qui ne peuvent pas faire eux-mêmes cette démarche. »

Véronique DESSALLE,
Anne VIGNERON,
Hélène DE
GUILHAUME
Assistantes Sociales
au CCAS
de Bron (69)

Geneviève FURTOS,
Michèle TORTONESE-
RAMOS
Infirmières au CMP
de Bron (69)

Etaient en outre
impliquées au départ :
Martine NECTOUX,
infirmière,
Denise BERGERON,
et Véronique BAILLY
Assistantes Sociales.

La «socio-économie de la santé» au défi de la précarité (suite)

qui est aussi vieille que l'économie de marché elle-même : d'où viennent les miséreux et les précaires alors que la richesse ne cesse de croître ? Les libéraux ont très tôt trouvé la réponse, invariante et sèche, et toujours d'actualité : laissons donc les miséreux et les précaires à eux-mêmes ! La parade ne relève, ni de la désinvolture, ni de l'ignorance du sort des exclus, mais d'une conception des lois de l'économie qui incite à penser que se préoccuper des pauvres serait "contre-productif" pour eux-mêmes et pour la société dans son ensemble. L'idéologie qui inspire une telle réponse fait un triomphe au Royaume-Uni et surtout aux Etats-Unis depuis une vingtaine d'années. Paradoxalement, selon les estimations les plus crédibles, elle ferait de 20 % des actifs américains des "Poorworkers" ; soit des travailleurs condamnés à la précarité et à l'incapacité de subvenir à leur besoins. Mais, qu'on ne s'y trompe pas. La France si prompte à se proclamer "berceau des droits de l'homme" n'a jamais non plus assumé un véritable débat public sur la question de la justice. Métamorphosée par près de vingt années de conversion à l'idéologie de l'économie de marché, la France a oublié de penser les précaires comme une "catégorie à part", qui a besoin de sollicitude, et dont le sort ne peut être traité dans le cadre des sacrifices que le pays a été engagé à payer comme

prix d'adaptation à la crise. On peut constater l'irresponsabilité de cette politique dans le fait que si la précarité a affecté au début les plus fragiles (les moins qualifiés, les travailleurs les plus jeunes, les femmes, les étrangers, les pauvres, etc.), elle a fini par approcher ou par affecter tout le monde.

L'Etat lui-même a été touché à mesure que sa politique devenait adaptative, conservatrice et manquait d'audace face aux défis d'une économie de plus en plus mondialisée. Enfin, la société s'est aussi affaiblie et précarisée parce qu'elle a accepté de considérer comme un fait rémanent ce qui n'était à l'évidence que les soubresauts d'un système économique en mal de régulation.

Traiter de la question des soins dans la société d'aujourd'hui, la "socio-économie de la santé" doit accepter sereinement de le faire en considérant que le problème obéit, en schématisant, à la fois à une logique de demande et à une logique d'offre.

Dans le premier cas, il n'y a pas que la demande révélée et solvable, il y a aussi la demande diffuse, celle qui rencontre des difficultés à s'exprimer et, si elle parvient à s'exprimer, à se financer. Mentionner la logique de l'offre, c'est d'emblée tenir compte de la compétition entre les laboratoires, les établissements et les praticiens qui impliquent, au plus haut niveau, les affrontements entre les industries et les nations, d'une manière qui peut faire de l'enjeu de la santé un simple prétexte pour la justification des intérêts commerciaux.

Mais, la " socio-économie de la santé " ne peut s'abstenir d'affirmer une doctrine.

Celle-ci peut tenir dans deux propositions simples. En premier lieu, si l'offre de soins engage une dépense, elle est aussi le socle sur lequel repose la force physique, mentale et morale qui sont le fondement de la richesse des nations. Le grand économiste anglais, Alfred Marshall (Principes d'économie politique, 1890) l'affirmait haut et fort dès la fin du siècle dernier. En second lieu, l'offre de soins doit être tenue pour indissociable de la sauvegarde des droits de la personne humaine. Il ne saurait y avoir de progressivité du développement sans que la satisfaction de ce type de besoin, d'une manière ou d'une autre, soit assurée à tous ! ■



Si tout le monde n'est pas psychotique, quelle offre ?

La question de l'exclusion interroge la notion de demande ou de sa prétendue absence de la part de ceux qui sont en cette situation. Il y a quelque intérêt à retourner la question sur ce que leur offre le secteur de psychiatrie.

Jacques SIMONNET

Psychiatre des Hôpitaux,
Chargé de Mission
«Psychiatrie et Exclusion»
par la DDASS - Paris-

On sait que des franges successives de populations ne relevant pas de la stabilité ou d'une insertion personnelle dans la communauté n'ont plus été reçues par le secteur et ont été confiées progressivement à d'autres organismes : toxicomanes, alcooliques, handicapés, déments. Nous ne pensons pas qu'il s'agisse d'une incapacité des psychiatres à traiter ces pathologies. Ces exclusions successives résultent de points aveugles qui n'ont pas leur source dans l'incompétence. Il s'agit d'un phénomène institutionnel qu'il convient d'analyser.

L'offre de soins qui s'est définie progressivement dans le développement des pratiques sectorielles s'est limitée malgré notre vocation d'accueillir l'ensemble des souffrances psychiques d'une population donnée. L'abandon des toxicomanes à d'autres instances est à ce sujet très éclairant. Leurs passages à l'acte, leurs attaques du cadre, l'inutilité quasi totale des placements sous contrainte entraînent une désorganisation de l'institution. La mise en place de centres spécialisés qui représentaient en soi une démission des charges de secteur a été acceptée avec une passivité consentante. Longtemps fixés sur la question de la déchronicisation, de la fin de l'asile, on a inventé les structures intermédiaires pour éviter la désinstitutionnalisation. Ce mouvement a été renforcé par une accélération d'origine gestionnaire et politique : il fallait aller vers l'hôpital général en diminuant le nombre de lits et cadrer notre pratique sur le modèle gestionnaire de la santé. Dès lors nos modèles de soins se sont progressivement calqués sur les modèles médicaux. Le développement d'une psychopharmacologie calée sur des modèles behavioristes a amené de nouveaux éclatements et un nouvel appauvrissement des missions de secteur. On ne doit accepter à l'hôpital que les «malades mentaux avérés». Le reste ne peut relever d'un prix de journée et doit rester hors hôpital.

Ce reste est dévolu aux équipes d'extra-hospitaliers. Là doivent être reçus ceux pour qui le soin ne se limite pas à la maladie mentale avérée. Il existe là encore une pratique relationnelle où le sujet est abordé dans sa totalité et le mot psychothérapie garde encore sa force ; il ne faut pourtant pas se faire illusion : l'idéologie «unaire», c'est à dire réduisant l'individu à son fonctionnement et l'isolant par le recours au concept de maladie psychopharmacologique progresse sans que nous en soyons toujours bien conscients. Or surgit brutalement le tourbillon suscité par l'apparition de la précarité et de l'exclusion au bord du cadre qu'avait défini le secteur. La réflexion sur une offre de soins en direction de ces personnes fait apparaître les profonds clivages qui se sont constitués à l'intérieur de ce qu'offrirait la psychiatrie publique.

On peut repérer trois sous-ensembles qui en s'interpénétrant créent des points aveugles.

• Le premier associe ce qui relève du placement sous contrainte et de l'acuité psychiatrique. Là le soin médical prend toute sa force en dissimulant sa négation de la personne. Car la pratique pharmacopsychiatrique n'est plus en soi liée à celle-ci. L'offre est celle d'une guérison sur un mode médical, de désordres neuro-transmetteurs, dans un projet réglé sur un temps gérable. Elle est calquée sur notre nécessité de voir disparaître le désordre psychiatrique. De ce fait service libre et placement sous contrainte se retrouvent réunis dans le même type de projet. Seuls sont à l'hôpital les malades psychiatriques avérés et ceux qu'il est impératif de soigner.

• Le second sous ensemble est celui des files actives du secteur. L'exigence de la sacro-sainte demande définit l'offre. Ne seront gardés que ceux qui sont capables de prendre en main leur souffrance et de nous garder. Nous sommes aussi imposés d'autres dont la gravité des troubles imposent des soins que nous ne voudrions cependant pas réaliser à tout prix. Bien des nuances existent entre ces deux extrêmes, mais on doit constater que nos cohortes tendent à s'uniformiser sur le

type des schizophrènes stabilisés au prix d'un travail (infirmier et social) relationnel intense, une passivation par les médicaments. S'étonnera-t-on d'entendre dire que le secteur a pour vocation de s'occuper des psychotiques ?

• Le dernier sous-ensemble de «mentaux» garnit tous les interstices restants. Là, souffrance et comportement dépassent le secours social, se retranchent du soin. Qu'avons nous à offrir à tout ce monde ? Si nous avons pu avoir l'illusion de détruire l'asile, d'humaniser les hôpitaux, il nous faut voir ce qui se passe dans la rue. Les exclus se voient trop et nous montrent du doigt. Ils paraissent dérangés, mais surtout dérangeants, suscitant pitié et répression avec un peu de honte à cacher. Folie de quoi, de qui, par qui ? Les limites du raisonnable se sont déplacées et le secteur ne veut offrir que le raisonnable. Le système est ciblé sur l'efficacité et un rôle social déterminé. Que faire en cette galère ? Galère que perturbe l'exclu qui y débarque. Sa maladie est bizarre, sa clinique atypique. Il fout en l'air notre temps, envahit l'espace des autres, nous veut sous la main, jaloux de notre présence, furieux de notre présence et méusant du temps réglementé qu'on leur offre. Ah ! bien *CQFD*, la psychiatrie de secteur (pas les psychiatres) ne peut s'occuper des exclus car elle n'a rien à offrir de convenable. L'impuissance du psychiatre est secrétée par un système auto-stable et que les exclus mettent en péril. Le premier écran est notre crainte d'un retour à l'asile. *Mais c'est à l'asile dans la rue que nous sommes confrontés quand nous sortons.* S'asseoir à côté d'un exclu c'est déjà reconnaître cette institution. Que faire sinon galérer en sachant que réfléchir sur quoi offrir à l'exclu requiert d'accepter une remise en question personnelle et institutionnelle afin d'approcher cette souffrance. Ceux qui refusent notre offre, les «exclus sont des «refusants» actifs qui ont beaucoup à nous apprendre. Ils doivent nous déranger dans notre offre et c'est avec eux et avec ceux qui les accompagnent que seront trouvées les voies d'approche de leur souffrance (psychique) et de leur place (citoyenne). ■

Sur le terrain des Pratiques

Quels soins offrir à qui ne demande rien ? (suite)

maladie mentale et souffrance sociale. Il s'agit d'un groupe de parole issu du CATTP, dans un quartier sensible de BOURG, où des habitantes se sont incluses parmi les patients. Deux autres sont en gestation sur d'autres quartiers.

D'ores et déjà, la dynamique initiée par ce travail permet de noter une sensibilisation des soignants dans le quotidien : effondrement rapide des résistances de base, émotionnelles ou idéologiques (selon lesquelles la psychiatrie n'aurait pas à traiter les conséquences sociales d'une politique), attention apportée à la qualité de vie des patients notamment sociale et culturelle, interrogation sur la gestion intra-psychique de la vie précaire, reconnaissance d'une continuité entre soins aux patients réinsérés et aide aux personnes démunies, enfin quelques mouvements «d'aller vers».

Mais aussi les désillusions, liées notamment au contact de la souffrance des travailleurs sociaux, à leur difficulté à se vivre comme complices de la partie «agresseur» du soin qu'ils

réclament pour leurs usagers ; ce qui se traduit par des collaborations souvent minimales, après force demande d'aide auprès des psy.

D'autres découvertes se profilent, susceptibles de baliser notre cheminement et de déboucher sur des modèles de soins complémentaires. Pour n'en citer que quelques-unes :

- L'élargissement de la notion de «précarité», jusqu'alors plutôt cantonnée à la privation des ressources matérielles, et que l'on commence à percevoir dans toute forme d'altération et de ténuité du lien social, quel que soit le facteur de corrosion.
- La précarité en milieu rural : avec le poids particulier de la honte, l'anonymat impossible, la persistance de pseudo-liens sociaux et le rôle particulier du médecin généraliste en tant que partenaire.
- L'émergence d'une prévention possible, notamment auprès d'adolescents, dès lors qu'on connaît mieux les bases cliniques de la précarisation.
- L'exclusion en milieu institutionnel.

- Ceux qui échappent à la baisse du chômage.

Ce dispositif repose donc sur le concept d'une offre de soins indirecte. Il nous semble adapté à un département qui n'a pas à gérer l'urgence d'une grande exclusion massive, qui n'est pas sans expérience, sinon sans tradition, dans l'aide, mais aussi le soin aux personnes démunies, et qui offre ainsi l'opportunité de mener un travail de fonds auprès des soignants, des intervenants sociaux et des populations en difficulté.

Partageant quelque peu, au départ, l'illusion d'une approche sans moyen supplémentaire, résidu lointain d'un caritativisme et donc d'une culpabilité à résoudre pour son propre compte, nous en mesurons aujourd'hui les limites dans la lenteur de la mise en œuvre.

Le dégageant récent, de moyens en temps de médecin, de psychologue et de secrétariat indique, à nos yeux, la disponibilité des instances administratives pour les actions dans ce domaine. ■





Quels soins offrir à qui ne demande rien ?

L'exemple du CPA de Bourg-en-Bresse

Offrir du soin à celui qui ne demande rien, voire refuse activement, voilà une gageure qui suppose d'être animée d'un fort potentiel altruiste, et d'un puissant besoin de réparer. Qui fait de celui qui s'y engage, le porteur de la culpabilité collective à l'égard de ceux que notre société a rejetés dans l'inutile et quelquefois l'inhumain.

C'est aussi un exercice périlleux, où chacun s'expose :

- L'usager, (l'exclu, le précaire) à dévoiler sa condition, à reconnaître son besoin de l'autre, et, pour cela, accepter de se départir d'une de ces étranges constructions narcissiques ultimes dans laquelle il s'approprie son identité d'exclu, se faisant persécuteur et victime à la fois.
- Le soignant (l'offrant), à devenir, du coup, l'agresseur, le débusqueur de ce qui se cache (ce que certains assument, n'hésitant pas à se transformer en chasseurs d'exclus, qu'ils appâtent à la pizza dans le métro de NEW-YORK).

Le psy familier de ces approches où il faut repérer les zones de «douleur exquise», les contourner ou les effleurer, pouvait se croire à même de transférer sa technique sur ce type de patient, pour peu qu'on le lui amène. Avant de réaliser que, derrière la résistance, ne se révélerait pas l'évanescence d'un délire, l'agressivité d'un souvenir douloureux, ou d'un vécu dépressif, mais bien le poids du réel, d'une misère, conséquence extrême d'une logique économique et sociale.

La première découverte est donc celle de l'incontournable nécessité de relais, ou plutôt d'une démarche de soin consubstantielle à l'action d'étayage. Non pas que les psy soient dépourvus d'expériences de partenariat, même non encore élaborées et organisées sous le vocable de *réseau*. Mais dans cette démarche de soin,

nouvelle, les rapports sont modifiés ; le social n'est plus l'heureux, mais, somme toute, le contingent prolongement du soin. Celui-ci n'a de sens que s'il peut restituer une amélioration des capacités du patient à se réinscrire dans une lutte pour un mieux être matériel et relationnel, où s'impose l'appui du partenaire social.

Dans l'AIN, la prise de conscience de la nécessité de s'investir dans ce champ aux dimensions et à la complexité insoupçonnées, se fit dans la continuité des relations médico-sociales liées à la réinsertion des patients, à la prévention dans les familles en difficultés (en pédopsychiatrie notamment) ou par le biais des psychologues travaillant sur le RMI, rattachés au Centre Psychothérapique de l'AIN.

Elle fut précipitée par le Projet d'établissement et les sollicitations de la DDASS dans le cadre de la Loi contre les Exclusions.

Il s'agissait d'explorer et de déterminer les contours d'un champ transversal non seulement à la nosologie classique, mais aussi transversal à d'autres transversaux (éthylisme, instabilité, toxicomanie, isolement), dans la spécificité d'un département relativement prospère (6% de chômage) mais à la sociologie hétérogène, tenant notamment à sa géographie de zone de passage.

D'emblée nous nous sommes orientés vers une démarche collective, intersectorisée et reposant sur deux principes de base :

- Diffusion du savoir et de l'implication, en sorte que cela ne reste pas, à quelque niveau que ce soit, l'affaire de spécialistes de la précarité. Une structure de coordination, intitulée Carrefour Santé Mentale Précarité (CSMP), représentative des secteurs et intersecteurs et des professions, a été créée. Elle n'a pas vocation à réaliser d'interventions directes.

- Initiatives aux acteurs de terrain. Les acteurs locaux et notamment les équipes de secteur et intersecteur sont invitées à développer leur politique propre et trouveront dans le CSMP, un lieu-ressource.

Maître d'œuvre autant que coordinateur, le CSMP s'organise autour de trois axes :

- Réflexions et élaborations théoriques sur la clinique psychosociale
- Recueil des actions déjà engagées, enquêtes, vignettes cliniques, qui pourront être portées à la connaissance de tous, analysées, suivies et pourront servir à la promotion d'actions à venir, en usant notamment d'un outil informatique de transmission.
- Relations avec les instances départementales, régionales, et intégration dans les projets menés à ces niveaux.

De sa propre initiative, le CSMP s'est donné certains objectifs, pour la plupart en cours de réalisation : gestion d'un corpus de références bibliographiques en relation avec la bibliothèque du CPA, proposition de formation dans les IFSI, participation à une formation mixte travailleurs sociaux-psy (sous l'égide l'Orspere et de la DDASS).

Actuellement ses membres (une quinzaine, de toutes professions, sous la responsabilité d'un médecin référent) se livrent à une enquête interne sur les représentations cliniques de la précarité dans les unités de soin ; travail d'ethnologie dont ils découvrent le travers : la présence des enquêteurs modifiant déjà les représentations.

L'un de nous (M.COLOMBANI) a été désigné pour présider au montage d'un réseau SMP sur le bassin de BOURG.

Une expérience est en cours, basée sur l'idée d'une place laissée vacante dans un espace transitionnel entre

(suite p. 11)

Jean-Jacques TABARY
Psychiatre au CPA
(Centre Psychothérapique
de l'Ain), Bourg-en-Bresse

Pourquoi l'offre devrait-elle être forcément inadéquate ?

Gladys MONDIERE

Psychologue
Centre de Santé
Mentale TRIESTE
59250 HALLUIN

La plupart du temps ce qui nous aide à penser, ce qui sert de base à une élaboration théorique, c'est un modèle. De la même manière, ce qui a participé de notre construction en tant qu'être humain c'est le modèle parental. Jusqu'au plus tôt de notre construction, c'est la réponse de la mère à nos demandes qui laisse en nous une empreinte d'attachement d'amour ou de désamour telle qu'elle va marquer notre mode relationnel.

Ainsi, la mère la première nous initie à l'échange : le nourrisson est du côté de la demande, la mère du côté de l'offre. Rapidement, l'échange s'instaure, et l'enfant offre en retour. Son sourire, en particulier, et ce n'est pas la moindre des choses, puisque, selon Spitz, c'est le premier organisateur du psychisme humain !!

Le petit d'homme grandit, et c'est au stade anal que la question de l'offre prend toute sa place dans son développement affectif et relationnel. En effet, à ce stade freudien, véritable rituel initiatique de la négociation, de l'échange, la notion de l'offre émerge chez l'enfant comme pouvant venir de lui. Il offre, dans le cadre de l'apprentissage de la propreté, ses selles en cadeau à la mère qui est sensée le recevoir comme tel ! Bien évidemment, celle-ci ne se situe pas dans le réel mais davantage dans le symbolique, et au-delà de ce présent, si peu présentable !, elle reçoit de la part de son enfant une



réponse à son exigence éducative. Ainsi la demande réelle (être propre) et symbolique (accepter de grandir) de la mère est satisfaite dans un réel qu'elle doit transformer symboliquement pour le rendre acceptable.

Si, comme nous l'admettons «communément», la frustration se définit par le manque imaginaire d'un objet réel, et la privation par le manque réel d'un objet symbolique, alors la mère peut se sentir frustrée ou privée par le comportement de son enfant.

Du côté de l'enfant, si l'angoisse de castration, constitutive du complexe d'Œdipe, arrive quelques années plus tard, privation et frustration ont participé de son développement psychique. Même si, comme chacun sait point trop n'en faut, nous y reviendrons.

Le développement du psychisme humain nous donne un éclairage sur l'un des aspects de la genèse de l'offre chez le sujet.

Au niveau de la définition donnée au verbe «offrir», nous trouvons: donner un cadeau, mettre à disposition... Culturellement, la notion d'offre occupe une place particulière. Les fêtes, religieuses entre autre, sont là pour en témoigner. Cadeaux de Noël, d'anniversaire, de fêtes des mères, des pères, Saint Valentin... autant de rituels pour signifier à l'autre combien on l'aime, ou tout du moins qu'on pense à lui. Bien évidemment, ce sont autant de désillusions (attentes insatisfaites), de malentendus (offre «à côté») ou de plaisir...

Que de sentiments partagés, ambigus, ambivalents, de tensions pulsionnelles ! Forcément, tant de distorsions sont possibles !

La question de la distorsion a notamment bien été étudiée dans les théories de la communication : un émetteur – un message – un récepteur. Le message, offre dans le réel, peut revêtir, dans l'imaginaire ou le symbolique de celui qui l'offre (l'émetteur) ou de celui qui le reçoit (le récepteur), de multiples facettes : un engagement, un adieu, une aide, un don de soi, de l'indifférence même... Bien souvent, ce n'est pas le

contenu qui fait plaisir ou déplaisir mais plutôt la forme et le registre dans lequel on le reçoit. A l'éclairage de ce modèle, l'offre passe par le prisme de l'interprétation du récepteur.

Ainsi dans le registre de la souffrance psychique et de la précarité, qu'en est-il de l'offre ?

Qui offre ? Qu'est ce qu'on offre ? Et à qui offre-t-on ?

Si l'on s'en tient au service public, l'émetteur est incarné par le psychiatre, bien plus souvent les psychologues et infirmiers, représentants de la santé mentale, sorte de chevilles ouvrières d'un secteur de psychiatrie publique.

Qu'offre-t-on ? Du soin, certes, en santé mentale, d'accord. Mais comment ? Quelle est cette mise à disposition définie par le concept d'offre, en terme de service public, c'est à dire de proximité, pour tout un chacun. Sincèrement, peut-on dire encore, sans caricaturer, qu'un CMP (késako?), ouvert de 9 h à 17 h du lundi au vendredi, fonctionnant uniquement sur rendez-vous dont l'attente porte au minimum à 15 jours, répond si ce n'est aux besoins, au moins au fonctionnement de la vie quotidienne des personnes à la rue, vivant dans les foyers d'urgence, ou recluses chez elles en situation d'extrême précarité ?

La mise en place des dispositifs prévoit-elle une interrogation sur les besoins de ces usagers ou démarre-t-elle de l'imaginaire de «l'offrant» ?

Dans le registre de la précarité revient souvent la prévalante question de la satisfaction des besoins fondamentaux. En somme, comment offrir de l'écoute (pratique psy s'il en est !), lorsque les besoins les plus primaires (habitat, nourriture...) ne sont pas satisfaits.

Ainsi, nous offrons dans le réel une prestation qui est du ressort d'un service de santé mentale que le sujet en souffrance psychique reçoit comme tel. Ce qui ne signifie pas que nous évacuons la réalité du quotidien, mais que, spécialiste du fonctionnement psychique, c'est à celui-ci que nous nous adressons,

Le nouvel engagement des élus locaux sur l'offre

De plus en plus de personnes souffrent dans une société dure et exigeante sans autre repère que la performance, la consommation ou le profit.

Dr Laurent ELGHOZI

Maire-Adjoint,
chargé de la Santé
et de la Prévention.

Sans s'exonérer du combat pour une autre société, contre le chômage et les exclusions, il me semble que cette souffrance, que j'appellerai « psychosociale », doit être entendue comme un appel : l'élu local, responsable du bien-être de ses administrés doit contribuer à y répondre, entre soin et action sociale.

Nous voudrions tenter de dire ici pourquoi, comment et avec qui, en donnant quelques exemples Nanterriens.

Cette souffrance est rapportée à l'élu par d'innombrables sources du fait de sa proximité avec les habitants, institutions ou associations, dans les multiples lieux où il intervient.

Sans cesse il est interpellé, sollicité, voire mis en cause par cette souffrance psychosociale dont l'identification et la mesure sont impossibles, et dont la prise en charge met en échec tant le secteur social que le secteur psychiatrique.

En effet les cadres nosographiques de la maladie mentale (DSM IV et CIM 10) définis par et pour les psychiatres font largement l'impasse sur les conditions de vie des gens. Or la définition de la santé mentale est nécessairement multifactorielle et complexe. Il est des souffrances sans maladie donc sans réponse thérapeutique et des maladies sans souffrance exprimée c'est à dire sans demande de soin.

L'élu local a donc le devoir d'agir autrement.

Il dispose, en dehors des professionnels de la santé mentale, d'une large palette de services municipaux (CCAS, Service Insertion, PAIO, services du logement, de la jeunesse, de la Santé) et de la capacité à mobiliser toutes les institutions autour de l'usager : outils de prévention du Département, DDASS, hôpitaux, CHRS ou encore associations spécialisées ou d'habitants. La mise en synergie de cette multi-

tude d'acteurs, d'outils, de compétences, dans un partenariat décloisonné autour d'un projet, lui permet d'agir avec efficacité.

Enfin, responsable du bien-être de ses concitoyens, garant de leur égal accès aux droits et à la santé, il est l'animateur local des différentes politiques qui concourent à ces objectifs. Je les citerai brièvement :

Le Contrat de Ville qui apporte des réponses, complémentaires au droit commun, aux difficultés spécifiques rencontrées par les populations des quartiers défavorisés. Sur proposition des services municipaux, des associations ou des professionnels, en particulier de la santé mentale, des actions sont retenues et financées. Dans le champ de la santé elles peuvent être mises en cohérence et pilotées par un « Atelier Santé Ville ». Après élaboration d'un diagnostic partagé par les acteurs et la population concernés, il mobilise autour du projet municipal toutes les structures qui peuvent y concourir dans des actions partenariales où chacun respecte les compétences des autres et sait pouvoir s'appuyer sur elles.

Le RMI : plus de 30 % des bénéficiaires présentent des troubles psychopathologiques sévères qui rendent difficile toute insertion professionnelle. Plus de 50 % sont dans un état de souffrance qui les rend au moins temporairement incapables du désir et de l'investissement suffisants pour seulement s'engager dans des formations professionnelles. Dans les Hauts-de-Seine, l'ensemble des actions du PDI, élaboré avec les élus, mobilise 59 MF, le volet santé seulement 3,5 MF, dont 800 000 consacrés à la lutte contre l'alcoolisme et 1,8 MF aux difficultés psychologiques des bénéficiaires ; s'y ajoutent 330 000 f. pour soutenir les instructeurs. Moins du quart de ces actions est proposé par le service public de psychiatrie, témoin de son très faible engagement, même lorsque des financements sont disponibles.

Les actions menées par les Communes représentent environ 200 000 f. dont 160 000 pour la seule Ville de Nanterre.

Le volet santé de la loi de lutte contre les exclusions s'inscrit dans les

Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins pour les populations précarisées, élaborés avec une très large participation. La problématique de la « souffrance psychique » est présente dans les 23 PRAPS. Elle souligne les difficultés d'accès aux soins par insuffisance de moyens, coût des prises en charge, déficit d'information, cloisonnement des institutions, insuffisance de repérage précoce, peur mais aussi ignorance des « psy », etc.

Les PRAPS proposent des actions coordonnées dont la mise en œuvre ne peut être que locale, adaptée à chaque public ou quartier : les élus doivent s'y impliquer autant que les professionnels du social ou de la santé mentale.

D'autres dispositifs auxquels participent les élus concourent à prévenir ou à lutter contre la souffrance psychosociale : des crèches à la coordination gérontologique, des Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC) aux espaces d'insertion, des politiques de logement à la lutte contre la toxicomanie.

Partout les élus peuvent et doivent être interpellés par les professionnels de la santé mentale. Partout ils ont légitimité et capacité à agir.

Le repérage des difficultés psychiques doit pouvoir se faire le plus tôt possible et en tout lieu. La sensibilisation, l'information, la formation et le soutien aux professionnels de première ligne, essentiellement des secteurs sociaux et éducatifs sont prioritaires.

Il ne s'agit pas de substituer la demande du corps social à la souffrance de l'individu mais au contraire d'entendre cette souffrance informulée sous une demande sociale banale, derrière des troubles de comportements, à travers un échec scolaire ou professionnel constant.

L'absence même de demande est un symptôme.

La demande systématiquement formulée « à côté », au professionnel qui ne sait pas ou ne peut y répondre va le rendre impuissant voire rejetant. Seul un travail en réseau interprofessionnel, dans la confiance et le respect mutuel peut être efficace en permettant à chacun d'entendre et

Le nouvel engagement des élus locaux sur l'offre (suite)

d'orienter au mieux ce qu'il ne peut prendre en charge.

Quelques exemples à Nanterre illustrent comment la municipalité agit dans le cadre d'une politique locale de santé publique.

Déjà il y a trente ans, sur la demande de parents d'enfants inadaptés la Ville, associant les compétences et les moyens de l'Education Nationale et de la DDASS a créé un IME et un CMPP, toujours gérés et aidés par une association présidée par un élu. Nous avons en lien avec le CMPP, l'inter-secteur de Pédopsychiatrie, les écoles et la PMI créé un lieu banalisé d'accueil sur le temps scolaire où l'enfant au lieu d'être considéré comme instable ou inadapté et donc rejeté est reconnu avec ses difficultés et valorisé pour ce qu'il est ; les enseignants sont sensibilisés et soutenus par les professionnels de la psychiatrie.

Nous avons ouvert, avec les collaborations de la PAIO, de l'Intersecteur, du service de la Jeunesse, un Espace Santé Jeunes où, à partir de n'importe quelle demande, une écoute attentive par un psychologue peut permettre un repérage et une orientation adéquats.

De la même manière l'Espace Insertion est sensible à ces difficultés particulières et nous y finançons des vacances de psychologues.

Parce que les enseignants sont confrontés à des difficultés majeures face à des comportements qu'ils ne comprennent pas en terme de souffrance mais sanctionnent par l'exclusion, nous leur proposons des

groupes de parole avec un psychologue où peut se dire leur désarroi devant la violence des élèves, se comprendre les mécanismes psychologiques en jeu et se recadrer leur relation éducative.

Dans un quartier de la Ville, un diagnostic participatif avec les professionnels et les habitants a fait émerger la souffrance psychosociale comme l'une des cinq difficultés majeures de santé. Un comité de pilotage travaille dans une logique de Santé communautaire à élaborer des réponses collectives permettant à chacun de vivre mieux.

La démarche est toujours la même :

- Réunir les acteurs concernés pour entendre leurs interrogations, leurs difficultés, leur impuissance.
- Sensibiliser à l'écoute, au repérage de ce qui est souffrance et non-incapacité, violence, fuite ou repli sur soi, tous les acteurs de première ligne dans un «aller vers» modeste, accueillant, élargissant les cadres professionnels rigides et protecteurs.
- Former et soutenir ces acteurs par des professionnels de la psychiatrie qui doivent savoir s'exposer à cette clinique sociale qui dérange.
- Faire émerger cette souffrance partout où c'est possible, dans des lieux neutres et conviviaux avec des équipes psychosociales mobiles, allant là où les gens vivent et souffrent.
- Travailler en réseau sans s'enfermer derrière les barrières du secret professionnel qui ne protège souvent que notre confort d'exercice (voire notre pouvoir) au détriment du sujet.
- Mobiliser et coordonner tous les

moyens disponibles, en synergie autour des populations et des individus en valorisant leurs capacités, leur désir.

- Rechercher et contribuer aux financements complémentaires indispensables.

Au-delà de cette action locale que l'élu doit et peut impulser, d'autres questions sont posées :

- La dérive possible vers une psychiatrie au service de la maintenance sociale voire de la sécurité.
 - La refondation du secteur de psychiatrie au cœur même de tous les dispositifs sociaux et de la Cité.
 - Le financement des actes de prévention.
 - Le remboursement de la psychothérapie.
 - La définition et le statut de psychothérapeute.
 - La clarification des compétences légales des élus en matière de santé, au-delà de leur seule capacité à faire enfermer un individu violent ou dangereux.
- Sans oublier l'instauration d'une société plus juste, plus solidaire, faisant place à chacun...

Pour cela une vaste réflexion, appuyée sur des expérimentations souples, inventives, adaptées doit être ouverte : les élus et les psychiatres doivent s'y engager résolument, s'interpeller sans réserve et, sans céder à l'angélisme ni à la toute-puissance, contribuer ensemble à ce que la souffrance psychosociale soit partout repérée, entendue et mieux traitée. ■

Pourquoi l'offre devrait-elle forcément être inadéquate ? (suite)

dans sa souffrance... notre humble objectif est de tenter de la soulager. Alors, pourquoi cette offre serait elle forcément inadéquate ? Parce que les modèles nous l'ont enseigné ? Ou parce que du fond de nos bureaux, finalement confortablement installés, nous n'osons pas au nom d'une certaine éthique, proposer, mettre à disposition une écoute psy qui répondrait à cette souffrance que l'on dit ne plus pouvoir cacher...

Si l'on se situe d'un point de vue analytique, d'une certaine manière, l'offre doit forcément rester inadé-

quate afin de se transformer dans le psychisme de celui qui la reçoit et être recevable.

Oui, mais de quelle inadéquation parle-t-on ? Une inadéquation dans le réel (privation) ne donne aucune réponse, en terme de santé mentale, aux plus exclus, à ceux qui n'ont plus l'énergie (psychique aussi) suffisante pour demander, pour s'inscrire dans quelque échange que ce soit.

Cette inadéquation, nous la connaissons bien. C'est au pire la « politique de l'autruche », au mieux soutenir que l'offre est bien là, encore

faudrait-il qu'il y ait une demande ! Si inadéquation il devait y avoir, bien entendu, ce n'est pas dans ce registre qu'elle pourrait se manifester mais dans le symbolique. Sans perversion, c'est en inscrivant l'autre, ce petit autre, notre semblable, un citoyen en somme, dans un échange, échange de regards, de parole...

Et c'est seulement là, dans une inadéquation quasi originelle de l'échange que pourrait s'offrir, se mettre à disposition un accès aux soins de qualité... un service public à disposition de tous. ■