

Bulletin national santé mentale et précarité

Traverser la confusion...

édito

Christian LAVAL

Un mouvement de désorientation chemine de longue date dans la communauté psychiatrique. Pris dans des assignations contraires, pressés par des logiques administratives et budgétaires, coincés dans des programmes qui oublient l'humain, partagés entre acte médical et action sociale, les praticiens témoignent, dans ce numéro, d'un quotidien de pratique éminemment *contra-riant*. Aujourd'hui pour se pencher auprès d'un patient (« cliquer »), il faut considérer la provenance du malade et, presque dès la première consultation, envisager les relais, prendre en compte les crédits de l'hôpital (qui paie quoi ?), la division du travail (qui fait quoi ?), etc...

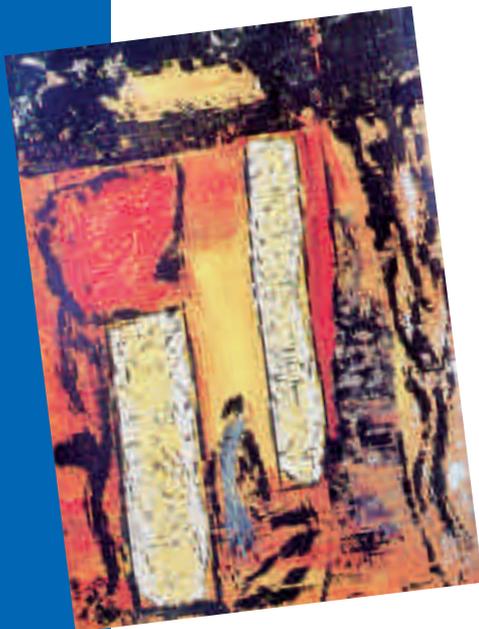
Encore une énième tranche de plainte, diront, un peu agacés, les plus critiques. Oui et non.

Oui, car la blessure sur l'identité professionnelle, le désarroi et la peur d'y perdre son âme, sont bien présents. Ainsi peut-on lire ce Rhizome comme une contribution subjective sur le moral des troupes.

Non, car réduire la lecture à la mesure de la plainte serait un peu court. *Sommes-nous toujours des médecins ?* La question est posée sérieusement dans un contexte où le maître mot de la situation n'est pas celui de souffrance ou d'usure professionnelle, mais celui de la triple *confusion* : des savoirs, des places et des missions.

Cette confusion démultipliée doit être comprise comme un indice de désordre, de dérangement mais aussi de bouleversement consécutif à l'immersion prolongée des praticiens dans l'ère des *réseaux*. Les professionnels qui travaillent au cœur des réseaux (soin/pénal ou soin/social), décrivent objectivement des logiques organisatrices... de confusion à différents niveaux dont ils commencent à mieux discerner les *effets iatrogènes* et parfois délétères sur l'idée qu'ils se font de leur métier. Dire la confusion permet d'exprimer le fait que la psychiatrie, ces derniers temps, en « a pris un sacré coup ». La clinique en situation de précarité est aussi une clinique précarisée. Lorsque les interpellations et les demandes (du politique et des opinions publiques) se démultiplient tous azimuts, une exigence de clarification apparaît alors comme l'urgence du moment. Les professionnels ne veulent pas devenir une variable d'ajustement des politiques pénales ou sociales. Il faut entendre cet avertissement. Pour eux, il s'agit de traverser la confusion afin de sauvegarder une ligne de conduite et d'action, une éthique de la situation qui fasse barrage à ce qu'ils considèrent comme inacceptable et impraticable quel que soit le contexte « global ».

La matière première du soin psychique, c'est le temps. Mais tenir à la fois le temps transitionnel de la clinique, celui de l'indétermination et de la conflictualité des assignations contradictoires, oblige à une résolution réaffirmée et *managée collectivement*, pour ne pas avoir à se plier aux demandes *indéfinies* des pouvoirs, sans revenir pour autant aux pratiques de cloisonnement.



Au sommaire

RHIZOME est téléchargeable sur le Web : www.orspere.fr

DOSSIER

Sommes-nous toujours des médecins ?

Nicolas VELUT

p. 2 et 4

Quand un poste incarne une contradiction

Nathalie ROCHE DE JERPHANION

p. 10-11

Effets iatrogènes des interventions multiples

Alain MERCUEL

p. 3-4

Logique administrative et logique de soin : une opposition à tenir

Jean-Paul SEGADE

p. 12

Rétention de sûreté : la confusion entretenue

Gérard DUBRET

p. 5-6

Un management collectif pour que prime la logique de soin

Michel DA CUNHA

p. 13-14

Cinq équipes de pédopsychiatrie : autant de pratiques différentes

Paul WIENER

p. 7

Le conflit des assignations

Jean FURTOS

p. 15

Non-lieux de la pédopsychiatrie

Gilles BARRABAND

p. 8 et 11

L'indétermination professionnelle, une composante de la pratique

Valérie COLIN, Jean-Baptiste POMMIER

p. 9

ACTUALITES

p. 16

Sommes-nous toujours des médecins ?

« Cette plaignante avait raison, que je refusais un jour d'écouter jusqu'au bout, et qui s'écria que si le temps me manquait pour l'entendre, le temps me manquait pour régner. »

Marguerite Yourcenar,
Les mémoires d'Hadrien..

Nicolas VELUT,
Psychiatre,
CHU Toulouse.

Il n'a, je pense, échappé à personne que coexistent, ici et maintenant, des visions bien différentes de la médecine, sous-tendues par des positions éthiques de plus en plus éloignées, voire inconciliables, et que l'on voit de plus en plus au CHU se développer au sein de « pôles » d'excellence une pratique d'experts orientée vers ce que j'appellerai une « médecine d'organe », technicienne et se reconnaissant dans la métaphore de la réparation, où l'humain n'est plus considéré que sous l'angle d'une partition et d'une partialisation de l'objet. On peut ainsi, après le passage quasi obligé aux urgences, être orienté vers le « pôle cœur-poumon » à moins que ce soit le pôle « digestif », ou autre...

Ce parti pris faisant de la santé un bien de consommation a comme effet de renforcer ce penchant de la médecine qui a oublié ce que veut dire « prendre soin de quelqu'un » ; cette médecine se rapproche de plus en plus de ce que j'appellerai une « médecine pulsionnelle », ignorant l'espace subjectif qu'il existe entre la lésion et la plainte, l'écart qu'il existe au sein même du symptôme, entre ce que le corps vit et ce qu'il en est dit, et par lequel se glisse tout un tas de choses de l'ordre de l'inconscient et du social, l'ignorance de cette faille aboutissant à une clinique du corps désarrimé du langage... Et c'est ainsi que tous les « inclassables » des pôles, ceux dont le symptôme n'a pas la chance d'être entendu et compris dans ce système d'encodage, ne franchissent que très rarement la barrière des urgences et sont renvoyés vers l'extérieur. Peut-être est-ce d'ailleurs une bonne illustration de ce qu'il en est

d'une position d'exclusion subjective que ces symptômes qui ne disent tout à coup plus rien à personne, qui ne « parlent », plus comme on dit... à l'hôpital comme ailleurs ! Exit les inclassables ! A la casse !

Il semble donc qu'il ne devrait plus actuellement rentrer dans les attributions des médecins hospitaliers d'écouter ce que leurs patients ont à leur dire ! Cette mission serait plutôt, paraît-il, à chercher du côté des assistantes sociales. C'est en effet ce que m'a appris un professeur de médecine, président d'une sous-commission de la CME destinée à recevoir les futurs Praticiens Hospitaliers, devant lequel je me présentais et à qui j'expliquais la nature de mon travail déjà débuté depuis plusieurs mois. Je suis en effet, depuis début 2006, en charge de l'Unité de la Souffrance Psychosociale du CHU de Toulouse. A ce titre, j'interviens, entre autre, dans des structures institutionnelles auprès de « professionnels de première ligne » eux-mêmes au contact des publics en grande précarité, en animant des groupes de supervision et d'analyse des pratiques auprès de différents dispositifs à caractère sanitaire et social. Ce travail consiste donc à aider le groupe à élaborer un discours institutionnel cohérent visant des situations très déstructurées et déstructurantes qu'ils rencontrent, et leur permettant de porter et supporter des histoires singulières et des situations subjectives extrêmement lourdes, et offrant par là-même la possibilité de réinscrire des sujets en état d'exclusion dans un processus de « socialisation » quel qu'il soit, y compris d'ailleurs à caractère sanitaire et psychiatrique, le cas échéant. Il s'agit donc d'une activité s'apparentant à de la psychothérapie institutionnelle privilégiant l'écoute et la réintroduction de la parole dans des rapports qui sont souvent oblitérés par l'objet et l'acte, visant à ré-humaniser la relation par le soutien d'un au-delà de la prestation de service...

C'est donc ce que j'expliquais devant cette commission, dans un silence qui ne me semblait toutefois pas trahir une attention intéressée et soutenue ! La conclusion à mon exposé fût pour moi brève et cinglante, apportée comme il se doit par ce professeur président la commission sous la forme d'une question qui claqua encore à mon oreille : « Ne croyez-vous pas qu'une bonne assistante sociale ne serait pas ici plus indiquée ? »... !!!

Ma question est donc : sommes-nous toujours des médecins si nous ne sommes plus capables d'entendre ce que nos patients ont à nous dire ? Pourquoi faudrait-il faire un choix entre science et subjectivité, l'une excluant l'autre. Il me semble avoir appris que la médecine est un art, et non une science (ni d'ailleurs une idéologie). Un art, c'est me semble-t-il une tentative, certes imparfaite et qui échoue toujours partiellement, de rendre compte du réel de la pulsion dans l'ordre du langage. C'est à oublier ça qu'un clivage s'opère inmanquablement, et qu'on fini par traiter des organes, non plus des êtres humains. L'hôpital public n'a pas à être le lieu d'affrontement de ces deux conceptions du soin. Il n'y a pas de choix à faire !

En guise de conclusion, je veux justement raconter une histoire d'assistante sociale, qui m'a été rapportée il y a quelques mois. Il s'agissait d'un homme âgé, passé par les urgences et adressé dans un service de chirurgie pour y subir une intervention urgente. Les suites de l'intervention ont été simples, et une dizaine de jours plus tard, un retour à domicile a été programmé, avec rendez-vous à distance et soins de suite. Rien de plus normal dans l'activité d'un tel service... A y regarder de plus près, par contre, aucun des chirurgiens ne semble s'être soucié de ce qu'était le « domicile » de cet homme... et son domicile, justement, c'était un hall de gare.

Effets iatrogènes des interventions multiples

Alain MERCUEL,
*Chef du Service d'appui
 « Santé Mentale et
 Exclusion Sociale »,
 CH Sainte Anne, Paris.*

Les pièges habituels du travail auprès des personnes en situation de précarité se traduisent par des discours caricaturaux, des positions généralisatrices, des lectures en amalgames mais, pire encore, par l'entretien de la confusion des divers professionnels à tous les niveaux d'aide et d'assistance. La confusion, littéralement « fusionner avec », se rencontre de façon trans-sectorielle, interstructurelle, interindividuelle,... de l'individu à l'Etat.

La rencontre confuse

Souvent les personnes aidées se méprennent sur les aidants, car face à la nébuleuse du public correspond une nébuleuse des intervenants. Qu'il s'agisse d'une « visite à domicile » d'un SDF ou d'une intervention aux urgences, le non affichage clair de la fonction et du rôle de l'aidant entretient la confusion de l'aidé : « Monsieur le Directeur, vous accompagnez cette infirmière, dites-lui que je n'ai besoin de rien... » s'entend dire un éducateur aux urgences ; « Bon, toi le flic, je te dirais rien... » reçoit un psychiatre en centre d'hébergement. Il est donc fondé de s'interroger sur l'affichage d'une permanence, le port d'un badge professionnel, la facilitation d'un repérage d'une fonction. Ceci implique simultanément que le discours habituel et convenu des professionnels, à savoir « les SDF ne formulent pas leurs demandes aux bonnes personnes », soit à moduler en fonction justement de ce défaut d'affichage dont on peut se poser d'ailleurs la question du profit : ne pas afficher peut s'entendre aussi comme ne pas annoncer ses responsabilités...

L'intervention confuse

La négation d'une spécificité professionnelle participe également à un dépôt de demande désadaptée. Cette négation se traduit dans la pratique par une résistance farouche à un profil de poste, une fiche de poste ou

toute tentative de précision de missions personnalisées. De fait, si une personne se présentant sur un lieu d'accueil peut être reçue de façon indifférenciée par les uns comme par les autres, toutes professions confondues, comment peut-elle formuler une demande adaptée alors que par essence celle-ci sera différente à l'adresse d'un infirmier, d'un acteur social, d'un médecin ? Il en va de même pour une série de visites sur un lieu de vie par des membres « interchangeables » d'une équipe comme si chacun avait la même fonction, la même pratique. Tout cela aggrave le flou et la non visibilité des acteurs, rendant confuses les actions en cours de préparation.

La territorialité confuse

Si l'on prend l'exemple des équipes pratiquant des actions de type maraude, plusieurs d'entre elles visitent certains « précaires » et d'autres ne sont jamais rencontrés. Des quartiers ou rues ne sont pas fréquentés par des maraudes alors que d'autres semblent quasi embouteillés conférant au harcèlement humanitaire. Cette superposition des acteurs, souvent à l'affichage ostentatoire ou au contraire discret, ne respecte pas suffisamment de logique de territoire. Il est acquis que les actions menées par des équipes de proximité sur un territoire donné diminuent l'errance des personnes et favorisent un ancrage pour autant que l'identification des acteurs et la création d'une permanence du lien aient pu s'établir. A trop vouloir étendre les territoires d'actions, les informations se diluent, les acteurs se multiplient, les rencontres inter-équipes deviennent plus difficiles à réaliser. Par ailleurs, dans ce contexte d'élargissement de territoire, de limites floues et de multi intervenants, des réactions institutionnelles « externalisées » se font jour : appropriation pour les uns et pour les autres, retrait

d'un travail entamé lorsque de nouveaux acteurs apparaissent. Ces mouvements, pour regrettables qu'ils soient, semblent bien souvent sous-tendus par des velléités de sauvegarder des moyens en affichant une grande territorialité et en réalité empêchent de potentialiser les capacités et efficacité des divers acteurs auprès du public concerné.

Le réseau confus

D'un côté, il est assez aisé pour un observateur décentré, voire un acteur de passage, de donner son point de vue face à une situation médico-psycho-sociale difficile présentée par une personne : « Vous n'auriez pas dû l'hospitaliser... Vous n'auriez pas dû le laisser sortir de l'hôpital dans cet état... Vous auriez dû l'héberger... Vous auriez dû lui interdire l'accès devant de tels comportements... » et toutes autres formes de critique, doux euphémisme, « dédagées » de responsabilités.

De l'autre, toute approche clinique, qu'elle soit médicale, infirmière ou sociale, suppose une connaissance acquise au cours des enseignements respectifs de ces professions. Cette connaissance s'applique dans la pratique sur le terrain mais, très souvent, démontre une « fusion » de ces lectures et tentatives de compréhension. Ainsi entrent en conflit de compétence des décodages sociaux, médicaux ou autres. Chacun tentant de convaincre l'autre dans la primauté de sa lecture. Apparaît alors une butée qui stoppe tous les intervenants, les obligeant à se déterminer non pas en fonction d'une lecture, à l'aune de leur culture ou connaissance, mais en fonction de leur degré de responsabilité face à une situation donnée. L'incontournable responsabilité. La confusion surgit du fait que si les informations sont partagées, ce qui n'est pas gagné, si les positions des uns et des autres peuvent évoluer, voire s'inverser, il n'en demeure pas moins que

Ce service d'appui « Santé Mentale et Exclusion Sociale » est composé, entre autres, d'une équipe mobile psychiatrie-précarité qui a bénéficié du fait d'être véritablement portée et étoffée par l'établissement de rattachement, ceci après un travail interne de près d'une décennie.

Effets iatrogènes des interventions multiples (suite)

les responsabilités ne sont pas, elles, partagées.

Au centre, la personne intéressée tente de comprendre ce qui est prétendu la concerner. Si les choses sont bien faites, les différentes positions lui sont retransmises et de fait elle se retrouve soumise aux propositions des uns, aux contre-propositions des autres, générant alors désordre au sens d'une agitation, produisant une confusion socio-médicale puisque ceux supposés aider persistent dans une orientation mal définie pour ne pas dire une « désorientation ».

Des cadres et des financements pour le moins confus

La multiplication des acteurs pourrait être souhaitée si elle rendait efficaces les actions menées auprès des publics. Or, un effet pervers des modes de financement fait mettre en concurrence ces mêmes acteurs lors de réponses aux appels d'offre, lors de projets multi-partenariaux, lors de créations de structures. Ainsi certaines d'entre elles s'afficheront sociales, médicales, ou encore médico-sociales et bénéficieront chacune d'une filière de financement, voire de plusieurs (souvent non

pérennes). Entretenir une certaine confusion à ce niveau de structuration permet de maintenir des constructions à l'abri des évaluations des actions. Il en découle, selon les lieux et les acteurs, soit une pérennisation aveugle d'une partie des financements, soit à l'opposé une interruption de ces derniers sans motivation.

Dans toute cette confusion iatrogène : Quid de la personne supposée être aidée ?

Au fond, à proclamer à tout va « éthique » par-ci, « déontologie » par-là, il n'est pas sûr que nous soyons vraiment bienfaisants, il est probable que nous soyons quelque peu malfaisants, il est certain que ce ne soit pas juste, au sens de l'équité, de ce qui doit être fait, de l'égalité des chances.

Quel que soit le niveau d'intervention en précarité, l'absence d'éthique est criante lorsqu'elle n'est pas repérée, la confusion conduisant à des malentendus, méprises et errements pour ne pas dire errance médicale et sociale. Accuser les personnes en précarité de confusion dans leurs demandes est pour le moins malvenu lorsque l'offre

d'aide, d'assistance et de soutien que nous leur proposons est loin d'être claire...

Une question commune se pose : comment peut-on travailler dans ces conditions ? Peut-être en restant passionné, petit dormeur, pratiquant l'autohypnose même aux feux rouges (réveillé par le klaxon de la voiture derrière). Ne pas s'effrayer d'une psychiatrie de l'extrême pourtant nécessaire : Cellule d'Urgence Médico-Psychologique, Equipe Mobile Psychiatrie Précarité, Comité SIDA-Sexualités-Prévention, Centre d'Ethique Clinique, formation psy des médecins réservistes partant en mission humanitaire... Bref, dans la forme : accepter d'aller là où les autres ne veulent pas aller. Et dans le fond, pour ceux qui ont, comme moi, loupé la mise en place des secteurs et mai 68, trop jeunes à cette époque, les champs dans lesquels j'exerce restent excitants, aux quotidiens formateurs, encore libres d'expression, pas trop censurés et surtout porteurs de créativité loin des dogmes, chapelles, écoles, certitudes et autres positions d'exclusions... ■



Sommes-nous toujours des médecins ? (suite)

Plus inquiétant encore, aucun des médecins du service n'avait voulu contacter le psychiatre de liaison pour faire examiner cet homme dont les propos traduisaient de façon évidente un délire de persécution systématisé, délire qui l'avait fait quitter son appartement quelques temps avant, d'après son assistante sociale qui le connaissait bien et depuis longtemps, et s'était beaucoup investie dans l'histoire. L'homme est donc sorti, comme convenu, au bout d'une dizaine de jours, avec des drains dans l'abdomen nécessitant des conditions d'asepsie qui ne sont certes pas celles d'un hall

de gare, et des rendez-vous infirmiers et médicaux dont on pouvait être à peu près sûr qu'ils ne seraient pas honorés... Qui peut me dire quel sens aura eu pour cet homme les soins qu'il a reçus ? Les suites ont été simples, comme on dit, et la durée de séjour n'a pas excédé la moyenne prévue pour ce type de pathologie, ne dépareillant pas la statistique. Aucune question n'ayant été posée ailleurs que dans le domaine intéressant directement l'activité du pôle, rien ne risquait donc de la perturber ! Par contre, je suis sûr que l'assistante sociale du service, elle, ne l'a pas oublié, qui a

voulu alerter les médecins sur la condition sociale et psychique de cet homme, et qui, faute de n'avoir pas été entendue, a elle-même contacté la Halte Santé, structure alternative à caractère sanitaire et social, pour qu'il puisse au moins bénéficier d'un cadre de sortie adapté à son état de santé. J'ai tendance à considérer que si les chirurgiens ont certainement guéri cet homme, et peut-être même lui ont sauvé la vie, c'est cette femme qui l'a soigné.

Etait-ce vraiment à elle de le faire ?... ■

Rétention de sûreté : la confusion entretenue

Gérard DUBRET,
Psychiatre des Hôpitaux,
Expert près la Cour
d'Appel de Versailles,
CH René Dubos,
Pontoise.

Malgré l'opposition exprimée de l'immense majorité des Psychiatres Français, malgré le courageux combat de certains Parlementaires parmi les plus illustres, malgré l'action des syndicats de Magistrats, la loi sur la rétention de sûreté a été adoptée. Grâce au Conseil Constitutionnel, ces mesures ne seront pas rétroactives pour les sujets déjà condamnés. Elles ne seront donc pas applicables avant un délai de quinze ans.

À la fin de l'été dernier, sur les marches de l'Élysée, le Président de la République annonçait l'ouverture imminente d'hôpitaux fermés pour pédophiles. Ainsi, après le projet UHSA¹, dont la principale conséquence sera d'incarcérer toujours davantage de malades mentaux, voilà que le pouvoir se propose maintenant d'hospitaliser sous contrainte des délinquants sexuels. Il n'y a de paradoxe, entre ces deux propositions, que pour ceux qui ne mesureraient pas l'immense confusion conceptuelle qu'entretiennent nos dirigeants entre ce qui relève d'un système de soins et ce qui relève d'un système pénal.

En fait, beaucoup ont vu, dès l'énoncé de ce projet, une poussée répressive visant à instrumentaliser la psychiatrie comme variable d'ajustement de la politique pénale, pour instaurer en France des peines de perpétuité réelle.

Dans cette optique, il est caractéristique de constater que tous les débats qui se sont tenus autour de ces centres de rétention, se sont bien gardés d'évoquer le contenu d'un tel projet. Chacun a bien compris qu'il s'agissait de protéger les futures victimes de la dangerosité d'agresseurs potentiels, mais, dans ce domaine où les connaissances sont balbutiantes, sans assise théorique, les pratiques soignantes se limitent à un empirisme sans grande fiabilité. Aussi, il est à craindre que, dans le pragmatisme ambiant, le



pouvoir politique se désintéresse du projet de soin des centres de rétention pourvu que l'agresseur potentiel soit enfermé à vie.

Si le vieil article 64 du code pénal de 1810 a longtemps fonctionné comme un repère fiable, pour séparer ce qui relève de la pathologie et ce qui se définissait comme de la délinquance, nous sommes désormais entrés dans l'heure de la confusion entretenue.

Face à cette vague de fond, il importe de clarifier les concepts : Qu'est-ce qu'une peine ? Qu'est-ce qu'une mesure de soins ? Ces concepts doivent rester opérants pour répondre aux problèmes concrets de notre société. Il importe de ne jamais perdre de vue ce qu'en attendent les usagers de la justice et de la psychiatrie, ce qui ne se résume pas à surfer sur l'émotion publique.

Ce qui entretient la confusion

La confusion n'est pas née avec les centres de rétention. Les différents étages de la fusée ont été assemblés progressivement.

Le premier étage est peut-être malheureusement l'utilisation à contresens du deuxième alinéa de l'article 122-1 du code pénal. Cette altération du discernement, prévue initialement comme un facteur d'atténuation de responsabilité, et qui amène en prison un nombre croissant de malades mentaux condamnés

à des peines plus lourdes que les justiciables déclarés sains d'esprit.

Le second est assurément ce funeste projet de 700 places d'UHSA, sorte d'hôpital prison destiné à soigner durant leur peine, les malades mentaux incarcérés, trop malades pour consentir aux soins qui leur sont nécessaires, mais pas assez malades pour avoir été déclarés irresponsables.

Le troisième s'inscrit dans la logique des deux précédents : c'est la remise en cause de l'irresponsabilité pénale pour raisons psychiatriques, avec ces notions floues de culpabilité civile, de procès public au sein duquel l'exhibition du fou est censée apaiser la douleur des victimes.

L'hôpital fermé pour pédophiles aurait pu être le dernier étage de la fusée si, dans l'élaboration du projet, ses promoteurs ne s'étaient pas heurtés aux principes de réalité qui définissent un dispositif de soins et un système pénal. La ferme opposition des personnels permanents du Ministère de la Santé, des Syndicats de Psychiatres et des Juristes les ont obligés à reculer. De cette reculade, il résulte une série de concepts intermédiaires flous dont la subite promotion tente de garantir, au moins en apparence, le respect des grands

¹ Unités Hospitalières Spécialement Aménagées.

Rétention de sûreté : la confusion entretenue (suite)

principes, mais dont la survenue ne manque pas d'entretenir la confusion.

Il en va ainsi de cette nébuleuse extensive des troubles de la personnalité sensée établir des ponts entre délinquance et maladie mentale. Le flou se décline ensuite avec les centres de rétention qui ne sont ni des prisons, ni des hôpitaux, et ces mesures de sûreté qui ne sont ni des soins, ni des peines.

Pour autant, nous ne devons pas ignorer que ce projet ne se heurte pas à une forte opposition populaire, tant la peur que suscite les récidives des agresseurs sexuels est désormais ancrée dans les prérequis de l'opinion publique. Cette violence est assurément inacceptable, même si le taux de récidive et de dangerosité des braqueurs est plus important, même si les statistiques nous apprennent que les enfants sont plus en danger du fait des automobilistes en état d'ivresse ou des accidents domestiques (première cause de mortalité) que du fait des pédophiles. Mais cette violence-là est sans cesse plus angoissante.



Les pistes d'une nécessaire clarification

Les psychiatres ne doivent pas fuir leurs responsabilités. Ce douloureux problème de la dé-

linquance sexuelle doit trouver des réponses qui ne seront jamais univoques mais qui doivent articuler, sous l'égide d'une volonté politique rigoureuse, des mesures pénales et des mesures de soins pour lesquelles les psychiatres sont concernés.

Il s'agit donc de définir ce que chaque citoyen est en droit d'attendre d'une mesure pénale. Les juristes nous enseignent qu'une peine n'a de sens que lorsqu'elle recoupe trois dimensions :

La sanction : elle se veut proportionnelle à la gravité du crime ou du délit.

La protection de la société : la privation de liberté met le condamné hors d'état de nuire.

La réinsertion du condamné : dans cette perspective humaniste, la prison est aussi le temps nécessaire pour permettre au condamné de s'amender avant de reprendre sa place dans la société.

La place que peuvent tenir les psychiatres et les psychologues dans cette troisième dimension est indéniable, mais l'actuel pouvoir politique nous convoque pour participer à la seconde, tandis que l'opinion publique n'est pas loin de penser que nous devrions nous impliquer dans la première.

Personne ne songerait à nier que les troubles de l'orientation sexuelle sont le plus souvent sous-tendus par les troubles de la personnalité et les psychiatres sont les mieux placés pour circonscrire cette nébuleuse qui se trouve actuellement gonflée par l'opportunisme politique.

Nul ne peut nier que les psychiatres, qui savent parfaitement évaluer l'état dangereux psychiatrique, peuvent également contribuer, avec d'autres professionnels (Magistrats, Criminologues...) à évaluer l'état de danger et criminologique.

La loi du 18 juin 1998 prévoyait que les peines privatives de liberté puissent se prolonger par de longues périodes de suivi socio-judiciaire au sein duquel venait s'articuler un accompa-

gnement soignant. Le concept de centre de rétention témoigne du désintérêt du pouvoir pour ce dispositif ambitieux et pertinent et de la volonté de lui substituer un dispositif non plus seulement sécuritaire, mais purement répressif.

Il nous reste à réaffirmer que, dans cette perspective d'un amendement du condamné, l'articulation de la peine et du soin reste à la fois possible et nécessaire. Elle exige néanmoins que les pratiques soignantes s'inscrivent dans un cadre rigoureux respecté par tous :

Les indications de soins doivent être posées par les psychiatres, non par les magistrats.

La confidentialité est le moteur essentiel des soins. Sans respect du secret médical, aucune relation de soins ne pourra s'instaurer.

Ces soins doivent faire régulièrement l'objet d'évaluations externes (expertises, rapports des médecins coordonnateurs) qui permettent de dissiper tout risque d'illusion de soin et de renseigner le magistrat sur l'évolution du suivi.

Ces soins ne peuvent s'envisager sans la participation active du sujet. C'est dire combien des soins sans consentement ou sous contrainte seraient illusoire.

Pour certains sujets, l'indication de soins sera refusée par les experts, soit parce qu'ils nient les faits, soit parce que la dimension perverse de leur personnalité apparaît trop importante. Ceux-là relèvent alors des seules mesures pénales. Il en va de même pour ceux qui ne consentiraient pas aux soins qui leur sont proposés. Pour certains sujets, les murs de la prison seront longtemps nécessaires pour protéger la société. Ce n'est pas le rôle de la psychiatrie de s'y substituer. ■

Cinq équipes de pédopsychiatrie : autant de pratiques différentes

Depuis bien des années la demande augmente, l'offre est saturée et les psychiatres se font rares dans les CMP de pédopsychiatrie d'Ile de France.¹ Notre dernier groupe de travail a reçu en deux ans les équipes CMP de cinq secteurs de la Région parisienne. On le savait déjà, les dotations sont très différentes. Il y a des riches et des pauvres. Les CHS sont mieux pourvus et ont plus d'affinités avec les problèmes spécifiques du terrain.

Deux secteurs sont vastes, aux nombreux CMP (Etampes, Meaux), d'autres sont plus denses, avec des possibilités de transports en commun. Les CMP ont leur histoire et leurs traditions. La grande variété des pratiques est une découverte. Chaque secteur s'est adapté aux besoins et aux possibilités locales.

Trois axes organisationnels mis en évidence

1 - Selon que le secteur organise davantage de groupes d'enfant ou pratique plutôt des prises en charge ou des thérapies individuelles. Si on cherche à sauvegarder les prises en charge individuelles, les listes d'attente à l'entrée s'allongent. Si on monte plutôt des groupes, les listes d'attente sont plus courtes.

2 - Selon que les non-médecins (psychologues, infirmiers, éducateurs, etc.), font ou non des consultations d'accueil et selon le degré d'innovation de leurs pratiques. Dans nos cinq secteurs, plus les non-médecins participent à l'accueil, plus le champ des pratiques s'élargit.

Voici deux exemples de pratique innovante : des consultations, non programmées, ont lieu un après-midi fixe par semaine sur demande reçue le matin (Créteil) ; la participation au dispositif « Réussite éducative »² sans présence médicale dans l'équipe (Nanterre).

3 - Selon le degré de formalisation de l'organisation. Le dispositif peut être plus ou moins formalisé, quels que soient les principes organisateurs qui éventuellement sont très différents d'un service à l'autre.

- Un premier point de vue concernerait la richesse en équipement des services.

- Un autre s'intéresserait plus à la diversité des activités et du fonctionnement (nombre et répartition des groupes, des réunions, affectation plus ou moins complexe du personnel).

- Un dernier cas de figure structurerait l'organisation à partir de principes à interpréter : les institutions doivent s'articuler et se désenclaver, les unités faire partie d'un groupe plus large et être en liaison les unes avec les autres pour créer des espaces transversaux. Cette organisation mobile est renouvelée par l'intervention de personnes interfaces. Elle est non matérialisée à titre permanent dans un organigramme, mais active dans les têtes.

Des activités significatives

Meaux reste plutôt classique. Les consultations d'accueil sont surtout faites par les médecins. Les psychologues-psychothérapeutes sont nombreux. Pas d'infirmiers présents dans les CMP. Le fonctionnement est assez peu diversifié. De nombreuses initiatives ont été prises au fil du temps, mais le fonctionnement de base est resté la séance individuelle. On se préoccupe beaucoup plus des familles qu'autrefois.

A Corbeil, à peu près toute l'équipe participe à l'accueil des enfants nouveaux. Le fonctionnement actuel, souple et adaptable, rappelle les temps héroïques, avec peu de structures formelles, mais grande autonomie, beaucoup d'enthousiasmes et de créativité « service souk » « psychiatrie démocratique » « opinions sur rue » « fonctionnement spirituel ». Il n'y a pas d'hôpital de jour. « On n'a pas arrêté d'inventer des choses ». Chacun travaille à sa façon. Peu de thérapeutes arrivent à faire des thérapies orthodoxes. L'esprit du fondateur-grand ancêtre, Lucien Bonnafé, « l'agitateur poétique », semble les animer.

Les trois autres secteurs sont à la fois structurés et innovants, organisent des groupes et font aussi des prises en charges individuelles, mais diffèrent néanmoins beaucoup les uns des autres.

Etampes est riche en structures bien organisées. Les secrétaires jouent un

rôle important comme à Meaux (beaucoup de CMP). Les infirmiers sont nombreux. A noter le dévouement et l'autonomie des gens. Grâce aux prises en charge combinées, chaque enfant est reçu plusieurs fois par semaine. Les enfants supportent bien les changements, même les autistes, car il y a beaucoup de structuration et ils se sentent protégés par cette permanence-là.

Créteil est intermédiaire entre les secteurs semi-ruraux ou banlieusards et urbains. Il se distingue par son attention pour les problèmes pratiques, par son désir d'innover, par la diversité de l'offre, la multiplicité de ses activités. Il dispose d'un service mère-enfant et prend en charge de nombreux autistes.

A Nanterre, les lieux de soin se trouvent à proximité de l'école. Les CMP ne sont pas au centre du secteur, leur inclusion dans le trajet thérapeutique est facultative. On demande à chacun d'être en mouvement, de ne pas s'enfermer dans sa micro institution. Les relations avec les nombreux partenaires sont organisées, formalisées, parfois complexes. Le principe winnicottien du « suffisamment bon » règne. Travail psy placé juste au niveau acceptable par le milieu, pour faire du transitionnel, rendre possible « l'aller vers ».

Les impasses scolaires et existentielles ultérieures, illustrent pour certains parmi nous l'échec relatif des méthodes classiques. Nous avons noté la multiplication des cas graves, notamment chez les immigrés récents.

Aucun des secteurs ne peut être un modèle pour les autres. Chacun a sa « culture maison ». Sans chercher à standardiser les démarches, il serait intéressant de faire un inventaire plus large des bonnes pratiques en les mettant à chaque fois en relation avec les caractéristiques du terrain et des populations.

Alors que la plupart des participants se reconnaissent dans la théorie et la pratique de la psychanalyse, sa place dans notre clinique n'a pas été abordée. ■

Paul WIENER,
Groupe des Psychiatres
Publics d'Enfants et
d'Adolescents d'Ile de
France (GPPEAIF)

¹ 4^e Journée de Travail des Psychiatres Publics d'Enfants et d'Adolescents d'Ile de France (GPPEAIF), A.M Garnier, C. Isserlis, Evolution de la demande, évolution des pratiques, p. 89 et p.98. Tiré à part : cisserlis@ch-versailles.fr.

² La loi d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école du 23 avril 2005 prévoit, dans son article 16, qu'« à tout moment de la scolarité obligatoire, lorsqu'il apparaît qu'un élève risque de ne pas maîtriser les connaissances et les compétences indispensables à la fin d'un cycle, le directeur d'école ou le chef d'établissement propose aux parents ou au responsable légal de l'élève de mettre en place un programme personnalisé de réussite éducative ».

Non-lieux de la pédopsychiatrie

Trois structures partenariales (Service d'Hébergement Individualisé, Accueil Familial Odyssee, et Etablissement de Placement Educatif et de Traitement de la Crise) créées par convention entre la Protection Judiciaire de la Jeunesse, l'Aide Sociale à l'Enfance et le Centre Hospitalier Théophile Roussel, et articulées au 3^e Secteur de pédopsychiatrie des Hauts de Seine, me permettent de poser des questions au cœur de la pratique pédopsychiatrique :
- Peut-on faire de la psychiatrie dans des lieux a priori tournés vers d'autres objectifs ?
- Des personnels, dont les missions sont en principe hors du champ de la santé mentale, peuvent-ils être soignants ?

Gilles BARRABAND,
Psychiatre,
Psychanalyste,
Chef du Secteur 92i03,
C.H Théophile Roussel,
Montesson.

Lucien Bonnafé parlait à propos de son action thérapeutique de la « stratégie du coucou » qui va pondre dans le nid des autres. C'est une des voies que j'ai empruntées pour dégager des espaces de prise en compte de la vie psychique qui, après tout, se déploie dans un non-lieu du corps et n'est pas attachée à un espace social spécifique. Arts, lettres, médecine, vie publique et privée, éducation, pédagogie la concernent et sont concernés par elle.

L'école et la « réussite éducative », la pédiatrie, la santé publique, l'Aide Sociale à l'Enfance, la Protection Judiciaire de la Jeunesse, la politique de la ville constituent des espaces d'intervention propices à condition d'y respecter et parfois d'y introduire une « position tierce ». Tiers séparateur et triangulation sont des références théoriques de la psychopathologie bien connues. Comment tirer profit de ces repères théoriques ? Comment infléchir les conditions de cadre, de dispositifs non psychiatriques pour qu'un travail de santé mentale s'y accomplisse ?

Aucune institution n'est à l'abri de dérives manichéennes dues au retour d'une anxiété de persécution archaïque. L'étranger y est alors l'ennemi, le tiers est disqualifié, la logique d'appropriation et de maîtrise d'un ter-

ritoire où l'on se croit seul légitime, y règne. Ces positions doivent être en permanence réinterrogées et réélabores. A mon sens, les espaces les plus actifs pour ce travail de « ré-institution » sont les marges des « organisations ». A ces frontières, on rencontre les personnalités les plus concernées par le questionnement identitaire, le « métissage » culturel, la recherche des fondements de leur propre action.

L'Etablissement de Placement Educatif et de Traitement de la Crise (EPETC)

Cet établissement est dans la dynamique recherchée : être un recours en tiers pour les équipes de foyers (ou les familles d'accueil) en difficulté avec un jeune pour lequel une menace d'exclusion se précise.

Bien souvent, les équipes de foyers aux prises avec des adolescents aux comportements agressifs divers, sont conduites à des mesures d'ordre répressif : rappel de la loi, mises à pied, mises « au vert », exclusion, voire demande de mainlevée. Dans cette spirale, on répond au passage à l'acte par un passage à l'acte qui entraîne un nouveau passage à l'acte. Au bout du chemin, il y a une demande d'hospitalisation, rarement justifiée par la structure psychique du jeune et comprise par lui comme un rejet clair et définitif dans le monde de la folie. Il y a dialogue de sourds entre les équipes éducatives débordées et quelquefois en perte et une institution psychiatrique qui oppose une fin de non-recevoir étayée sur le diagnostic du clinicien expert. Le jeune devient un « satellite » tournant autour de diverses institutions qui le repoussent.

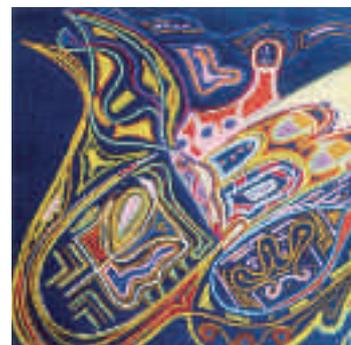
L'EPETC est un établissement éducatif avec renfort médical et non une structure de soin au sens strict, même si une activité clinique s'y tient avec toute la rigueur nécessaire. Il est constitué par une équipe éducative et une équipe de cliniciens (deux infirmiers, un psychologue et un psychiatre à mi-temps). Il est

placé sous la responsabilité conjointe du Directeur (PJJ) et du médecin (CH Théophile Roussel).

L'objectif est de permettre qu'à l'issue du placement, le jeune qui était en difficulté dans son foyer d'origine, puisse y retrouver sa place et poursuivre une prise en charge, redéfinie à l'occasion de la prise de distance permise par le placement. La continuité éducative, si souvent mise à l'épreuve pour les adolescents les plus difficiles, est ainsi préservée.

La crise, chez un adolescent est, en général, la conséquence d'interactions entre le jeune et son entourage, y compris l'entourage constitué par les professionnels qui l'ont en charge. La compréhension de ces interactions est la meilleure prévention de nouvelles crises. Notre intervention repose sur trois principes majeurs :

- La brièveté : séjour de courte durée (un mois maximum),
- La subsidiarité : ne pas se substituer aux structures médicales et éducatives existantes mais au contraire les solliciter,
- La position de tiers de l'équipe du centre de crise. Pour que cette position de tiers soit reconvenue cela suppose que l'EPETC soit perçu comme une structure étayante, de soutien aux équipes et non comme une structure d'experts disqualifiant le foyer d'origine. Il faut du temps pour que cette place symbolique soit connue, acceptée et utilisée à bon escient par les équipes. A cette condition, l'EPETC ne peut être utilisé ni comme une structure d'exclusion déguisée, ni comme un lieu miracle qui va tout régler en trois semaines.



L'indétermination professionnelle, une composante de la pratique

Comment déterminer son action professionnelle quand la lecture d'une situation à partir des catégories classiques de sa pratique (nosographie ou catégories sociales) est brouillée par des manifestations chez l'usager qui empêchent justement de le saisir à partir de ces catégories ?

Les intervenants sociaux disent être souvent confrontés à « des personnes en difficultés pour faire des choix autonomes », à celles qui formulent « des projets irréalistes », ou encore à celles qui refusent « un cadre à leur mesure ».

Valérie COLIN,
Psychologue clinicienne,
Docteur en psychologie,
ONSM-ORSPERE.

Jean-Baptiste POMMIER,
Intervenant social dans
une équipe de prévention
en santé mentale,
Formateur, Lyon.

Il y a des individus dont le comportement génère de l'inquiétude voire de la peur... comportement qui ouvre à une interprétation dans le registre de la folie ; ceux qui ne seraient pas « solides », qui n'auraient pas d'assise subjective suffisante pour « penser par eux-mêmes », positions parfois associées à des pathologies dépressives (désespoir, découragement,...).

Dans cette zone de la pratique, on ne peut plus faire appel à des théories de la pratique du métier, on ne peut plus se référer aux catégories sociales pour les acteurs du champ social et aux catégories nosographiques pour les acteurs du champ sanitaire, on ne peut plus exercer son métier tel qu'on l'a appris. Nous l'avons appelée *zone d'indétermination professionnelle et de la relation intenable*¹. Cette zone de la pratique reprend toutes les situations évoquées comme impasses professionnelles.

Nous avons observé alors le recours à une sémiologie² pour tenter de trouver de nouvelles nominations des rencontres professionnelles avec l'usager ou avec le patient. L'intervenant en relation d'aide peut décrire des signes cliniques, résultat d'une observation fine qui permet de repérer la souffrance de la personne en face de lui, parce qu'il est en suffisante empathie avec elle. Les acteurs interrogés au cours d'une recherche-action portant sur un diagnostic par-

tagé sur le mal-être et la souffrance psychique³ expriment leur malaise dans la rencontre avec des individus « incertains et instables ». Mais ces signes ne sont pas discriminants pour l'action.

Définitivement, *les situations de souffrance psychique restent de l'ordre de l'indécis, de l'indéterminé.*

L'écoute professionnelle...

Mais il faut surtout ajouter à cela la difficulté bien sentie par les acteurs de ne plus pouvoir déterminer « en tant que quoi » ils interviennent auprès d'un usager dès lors qu'ils ne parviennent plus à l'inscrire dans une catégorie d'appartenance, si ce n'est reconnaître qu'une dimension de sa pratique est celle de l'écoute. Pour l'intervenant social, s'il faut travailler sur la dimension singulière du sujet souffrant – autrement dit, tenir compte de la dimension psychique – la question de sa propre identité en tant que professionnel se pose. Est-ce la question de l'identité professionnelle qui est posée ou bien plus spécifiquement celle du statut de l'écoute et donc de la compréhension et du « maniement » du transfert dans les pratiques sociales ? En effet, on peut lire une forme d'ambivalence avec cette notion d'écoute à la fois légitime de la pratique (« on écoute », « je peux l'écouter », « je lui dis que je peux l'écouter mais c'est tout »), mais dans le même temps qui indique une limite : on peut écouter mais qu'est-ce qu'on peut en faire ? « En tant que quoi j'interviens auprès de l'usager quand il est souffrant psychologiquement ? » En même temps que cette souffrance est reconnue et son écoute revendiquée, la position du professionnel reste parfois intenable. Que faire « de ce que l'autre me confie » ? Que recouvrent cette fonction « d'écouter » et la fonction de la parole dans les pratiques sociales ?

... de la souffrance psychique

Il y a donc un reste, malgré l'acceptation de la souffrance comme impondérable du travail

social. *Ce reste, c'est la souffrance psychique*, mais pas n'importe laquelle, celle qui empêche les usagers de vivre et les professionnels de travailler.

La souffrance psychique vient à la fois « surdéterminer » mais aussi « indéterminer » d'abord ce qu'il en est de cette souffrance pourtant repérée (à partir de la clinique descriptive), et ensuite ce qu'il en est de l'action à mettre en œuvre (soignante et sociale).

Dans cette zone de la pratique, la souffrance psychique prend désormais le pas sur les cadres professionnels identificatoires stables. La gestion contre-transférentielle est complexe puisqu'elle renvoie également le praticien à ses limites, à un sentiment d'impuissance et d'échec professionnel. Comment avoir l'équipement de base pour donner du sens à l'insensé, avoir quelques signifiants en poche pour approcher l'idée de la circulation des affects dans la relation d'aide ?

L'indétermination professionnelle : une posture de base

C'est dans ce contexte que certains acceptent cette indétermination comme une position éthique de départ en mettant alors en commun les différentes théories de référence qui guident leur pratique pour tenter d'en construire de nouveaux aménagements. Parce que le risque le plus important pour l'intervenant, face à ces flous et à cette souffrance portée et vécue dans la relation d'aide, est de « protocoliser » davantage la relation avec l'usager.

Cette indétermination professionnelle est aussi au cœur de certains nouveaux métiers (coordinateur, médiateur...). Loin de dé-professionnaliser, elle élargit la capacité de recevoir des situations difficiles. Cette indétermination produit en fait de nouvelles compétences. Cette posture de base est complexe et en même temps créative. Cependant, cette liberté « inconfortable » appelle nécessairement un travail réflexif, une réflexion éthique et une élaboration théorique⁴. ■

¹ ORSPERE-ONSM, 2002, Réseau et politique de santé mentale : mutualisation et spécificités des compétences, Ville de Bourgoin-Jallieu.

² Colin V., Pommier J.B., 2002, « Présentation d'une sémiologie implicite de la souffrance psychique par les travailleurs sociaux d'un réseau de santé mentale » in Séminaire résidentiel de l'Arbresle.

³ Cf. rapport de recherche déjà cité en note 1.

⁴ Laval C., « Travail des affects et pratique transformatrice : de la psychiatrie à la santé mentale », in Buscatto M., Lorion M., Weller J.M., Au-delà du stress au travail, Ed Erès, 2008.

Quand un poste incarne une contradiction



**Nathalie ROCHE
DE JERPHANION,**
Animatrice d'un GEM
à Villeurbanne.

Il y a eu des postes ouvert en 98 sur des contrats emplois jeunes pour une durée de 5 ans. J'ai postulé pour celui d'accompagnatrice vers la vie de quartier. L'intitulé du poste a beaucoup changé : d'accompagnatrice à médiatrice culturelle, je suis aujourd'hui animatrice. Le directeur du Centre Hospitalier à l'époque avait dit « ce sera de nouveaux métiers, des créations. A vous d'inventer, de lister les formations attenantes et de développer ce travail d'interface entre l'hôpital et la ville ». A Villeurbanne, j'ai été recrutée pour développer les activités du Comité Des Fêtes et des Loisirs (CDFL) qui fonctionnait comme un club thérapeutique, pour l'ensemble du service, sur le principe de la cogestion (soignants/soignés).

Les structures de soins extra-hospitalières se réunissaient régulièrement sur des temps de réunion (une fois par mois) dans des locaux municipaux et organisaient des loisirs : 4 grandes sorties à l'année, un loto et une fête de fin d'année qui a été le point d'orgue de l'association. Celle-ci s'est modifiée dans son contenu. Les sorties ont changé aussi, certaines ont même été supprimées. Cette « pseudo-association » était surtout portée par l'équipe du centre de jour ; les infirmiers avaient déjà une conception des soins particulière où tout ne doit pas se passer dans les lieux de soins.

Je suis arrivée dans ce mouvement-là et on m'a demandé de développer l'accompagnement social et de loisir sur des temps autres que ceux du soin, et aussi d'impliquer l'équipe du CATTP des personnes âgées qui n'était pas du tout présente sur les activités.

Je n'étais pas dans une logique d'horaire 9h-17h, car toutes mes expériences professionnelles étaient dans le champ de l'animation et des vacances ; j'ai donc toujours travaillé en décalé, les dimanches, jours

fériés... Tout le temps, on m'a défini par la négative : j'étais « non soignante », je n'étais pas infirmière, pas médecin... Il y a eu de longs débats sur le fait que le CDFL était quand même thérapeutique ; on ne pouvait pas dire que c'était une activité thérapeutique, mais on pouvait le penser.

Ma place, je la définis plutôt bien. Je sais où je me situe et les patients aussi savent me situer, à quel moment j'interviens, avec mes références à l'univers du social, de la culture, des loisirs... Je ne suis pas une intervenante extérieure mais j'apporte l'extérieur, la vie sociale et culturelle à l'intérieur des lieux de soins.

Comment nommer les personnes dans ce contexte-là ? J'utilise différents termes selon qui j'ai en face de moi. Quand je parle à quelqu'un de l'institution, ce sont des patients. Quand je parle à des responsables associatifs, ce sont des adhérents, personnes en soin, pour préciser, mais rarement « patients » à l'extérieur. Eux-mêmes ont évolué dans ce dispositif-là. Parfois ils précisent qu'ils sont suivis sur telle ou telle structure de soins. D'autres disent clairement « je suis un patient », ou « je suis sur l'hôpital ». Parfois, ils parlent du rattachement aux soins, citent le nom des médecins, parlent de leur pathologie... Mais plus ils investissent le CDFL et plus ils quittent cette présentation de malade pour celle d'adhérent, de secrétaire, de co-trésorier... même si souvent la valeur du titre est purement symbolique. On reste dans le jeu du faux semblant.

Une association se crée : Envol&Compagnie

Des infirmiers, des patients impliqués, chacun jouait un rôle. Ils étaient en binôme (un malade et un pas malade...). Chacun partageait un poste à responsabilité. Il y avait deux présidents, plusieurs secrétaires,

plusieurs trésoriers. On a toujours gardé ce modèle-là en l'enrichissant, en essayant de l'ouvrir aussi à toutes les structures de soins de secteur, de développer les petites sorties sans présence infirmière. Et puis on a créé une vraie association afin d'être reconnus, mais aussi pour avoir de nouveaux budgets. Avec le recul, c'était davantage une histoire de reconnaissance, d'appartenir légalement et donc réellement au monde associatif, d'avoir une identité, de moins faire semblant, parce que, finalement, on n'a jamais fait de demande de subventions.

On a travaillé ça avec le même esprit de collaboration, de co-animation, donc toujours soignant/soigné, avec ma présence qui faisait lien. Ces statuts respectaient ce qui existait auparavant. On a pu préciser aussi des choses, re-débattre des contradictions (la question de l'alcool au cours des sorties, l'adhésion et la participation financière des infirmiers...) qui n'ont pas été résolues non plus, mais on a pu mener ce travail d'écriture à terme et déposer les statuts.

Le GEM : on n'arrive pas avec une petite valise de désirs

Chemin faisant, cette association avance. Dans l'héritage, elle aboutit à la création d'un Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM)¹.

C'est bien parce qu'il existait un collectif et parce qu'il y a eu toute cette histoire à Villeurbanne, que l'on a pu devenir un GEM. Quand on regarde les textes, ces usagers (c'est-à-dire des personnes en situation d'isolement et de souffrance psychique) doivent être à l'origine de la constitution du GEM, mais ils doivent aussi trouver un parrain (une asso-

¹ Cf. 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.

Quand un poste incarne une contradiction (suite)

ciation ou un centre hospitalier) qui leur facilite la tenue des comptes, en tout cas dans un premier temps. Ils peuvent salarier quelqu'un et trouver un local, mais ils doivent à terme gérer seuls ce budget-là. Ce montage crée des contradictions. C'est souvent le parrain qui gère la fiche de paie, qui s'occupe du salarié, par exemple.

Pour moi, c'est une opportunité que d'être un GEM, c'est sûr : davantage de budget, une plus grande place accordée aux patients, une reconnaissance nationale. Mais salarier quelqu'un, ce n'est pas simple, c'est un métier. Il est dommage de charger, en termes de responsabilités, les usagers de cette tâche-là.

Ce qui est important, à mon sens, c'est de créer de bonnes conditions et favoriser l'émergence de l'envie du patient car celui-ci, l'usager, n'arrive pas forcément avec une demande, une envie. On n'arrive pas avec une petite valise de désirs. Avoir un espace, et grâce au GEM, un local, c'est avoir un endroit pour se donner le temps de la rencontre, pour que les envies des uns soient porteuses, voire contagieuses. Il faut prendre en compte les difficultés, pour

mieux s'en détacher, en essayant d'être dans la subtilité, accompagner discrètement et individuellement, laisser le temps qu'il faut pour que la personne investisse des activités et arrive à se faire plaisir, tout simplement.

Le GEM Envol&Compagnie, parrainé par le Centre Hospitalier le Vinatier, apporte une rupture avec les anciennes pratiques. Avant, on avait vraiment une implication des infirmiers. Là, les infirmiers ne doivent plus participer au programme d'activités. On a constaté que ce n'est pas pour lui, mais pour faire plaisir à l'autre qu'un patient s'engage dans une activité. Or, l'autre, quand les personnes souffrent, c'est souvent l'infirmier. Je l'ai vu dans la pratique. Les personnes ne viennent pas comme ça parce qu'on leur dit qu'un GEM existe, qu'il faut y aller, que ça leur fera du bien, et que c'est elles qui décideraient de tout.

Maintenant, comment va t-on travailler ce lien-là ? Comment va t-on amener ces personnes à venir dans un collectif qui est censé être le leur ? Avec le GEM, il faut que ce soit elles qui le portent et qui le créent dans un principe d'exclusion des soignants.

Pour mettre en route le GEM, à un moment donné, les décisions doivent se prendre aussi avec les usagers. A ce jour, à Villeurbanne, c'est assez harmonieux avec les adhérents puisque l'on fonctionne depuis longtemps comme ça ; ils sont porteurs de cette histoire-là et porteurs de cette pratique. Ce que faisaient les infirmiers avant, ce sont les anciens adhérents qui arrivent à le transmettre. C'est une des contradictions qui existent dans les GEM. Alors là, ça tombe bien, car l'histoire nous aide.

C'est la contradiction, le paradoxe qui a rendu possible l'existence puis l'évolution de ce collectif, de cet espace intermédiaire entre l'univers du soin et l'univers du social. Le contexte actuel a tendance à vouloir clarifier et séparer les choses, les lieux, les fonctions... Mon poste incarne pourtant cette contradiction : salariée de l'hôpital, je travaille pour un GEM qui n'est pas, avant tout, un lieu de soins. Mais après tout, je ne suis pas soignante ! ■

**Propos recueillis par
Christian Laval**

Non-lieux de la pédopsychiatrie (suite)

En conclusion

La fonction tierce, lorsqu'elle est instituée et maintenue par des équipes convaincues par le travail de pensée, ouvre des espaces thérapeutiques insoupçonnés dans des lieux non spécifiquement soignants.

Le regard clinique permis par ces dispositifs partenariaux fait progresser la prévention et l'accès aux soins de santé mentale. Une proportion non négligeable d'adolescents déjà inscrits dans une morbidité avérée ont

pu être « dépestés » et traités, soit en leur ouvrant des parcours de soins inaccessibles auparavant, soit en marge des institutions soignantes pour ceux qui les refusent, mais en maintenant un lien dans la durée avec une efficacité thérapeutique certaine.

Enfin les institutions elles-mêmes se soignent à travers de tels dispositifs qui les réinterrogent à partir de leurs limites. Ces zones frontières, éloignées de leur « cœur de métier », y

font entrer la surprise et l'étrange, les bousculent dans leurs certitudes et leurs savoirs établis. Du flou identitaire, des espaces de transition, des non-lieux du thérapeutique, surgit une vitalité dont les retombées sont saines et combattent quelque peu la destructivité interne à l'œuvre dans toute organisation. ■



Logique administrative et logique de soin : une opposition à tenir

Dans le débat sur la maîtrise des dépenses de santé, il est parfois facile d'opposer une logique administrative, budgétaire et comptable, par définition contraignante et bureaucrate, d'une logique de soins humaine, optimale, et répondant aux besoins. Ce débat n'est pas propre au milieu hospitalier, et, étudiant en finances publiques, j'avais eu à méditer cette adage célèbre, caractéristique des finances classiques « il y a des dépenses, il faut les couvrir ». Force est de constater que le milieu hospitalier reproduit ce principe « il y a des besoins, il faut les financer », qui correspond à un vieux débat sur les finances publiques, reprenant sans le savoir, la formule attribuée à J. Bodin en 1576 « les dépenses publiques sont toujours une bonne chose, cela fait circuler l'argent ».

Inversement, dès l'apparition d'un contrôle démocratique (J. Bodin justifiait, par cette maxime, la dépense royale), la question de la pertinence de la dépense, et donc de l'impôt, s'est posée (article 1 de la Constitution des Etats-Unis d'Amérique, article 13 de la Déclaration des Droits de l'homme).

L'hôpital reproduit ce débat, toute dépense ou proposition de dépense n'est pas « a priori » justifiée et selon la formule d'un des fondateurs des finances publiques, Gaston Jèze, « la dépense publique ne peut avoir pour objet que l'utilité publique ».

Ceci dit, comment juger « l'utilité publique » d'une dépense à l'hôpital ? Et distinguer, puis classer les projets, et selon quelles grilles les analyser ?

Face à des interrogations légitimes sur la pertinence des demandes de moyens, la démarche d'un Directeur d'hôpital doit être de s'interroger à partir des 3 principes qui légitiment la structure qu'il représente.

Si les acteurs internes à l'hôpital sont conscients que l'intérêt du service public prédomine à leur logique interne, ils peuvent s'accorder sur le respect des principes d'égalité, de continuité et d'adaptabilité du service public.

En ce sens, une des grilles de lecture des demandes de moyens doit répondre à ces 3 principes :

- principe d'égalité : en quoi ce projet participe-t-il à une meilleure prise en charge et répond-t-il à une égalité dans l'accès aux soins ?

- principe de continuité : le projet peut-il répondre à cet objectif, et assure-t-il une permanence ?

- principe d'adaptabilité : le projet s'inscrit-il dans une évolution de l'organisation médicale, incluant à la fois des alternatives à l'hospitalisation comme l'ouverture de l'hôpital ?

Ces principes font souvent l'objet d'indications ministérielles sur les plans de santé publique ; ils constituent aussi la première grille d'analyse.

Passée cette première phase, le Directeur Général utilise d'autres critères, aussi institutionnels :

- niveau d'unité du projet : concrètement, ce projet a-t-il éclairé, par les avis des instances, CME, dans son aspect médical mais aujourd'hui, conseil exécutif dans la nouvelle gouvernance ?

- niveau de compatibilité avec le projet d'établissement qui doit rester l'armature globale de différents projets. Il ne s'agit pas d'exiger la conformité, item trop réducteur, mais une compatibilité entre le projet d'établissement et les demandes. Par définition décider, c'est arbitrer des conflits et faire des choix, sinon la décision devient une évidence ! Dans un contexte budgétaire contraint par l'intérêt national de limiter les déficits nationaux, dans un environnement social, médical, exigeant, dans une dyna-

mique technologique souvent inflationniste, les choix et les décisions ne sont pas faciles et le dogme de complexité est à la mesure de la confiance faite par l'institution au Directeur Général. A travers les grilles d'analyse précédentes, il importe de souligner la nécessaire concertation préalable, l'exigence de motivation de la décision prise et son évaluation. En effet, une insuffisance apparaît aujourd'hui dans l'analyse de la dépense publique : son évaluation.

En interne, comme en externe, la procédure actuelle repose plus sur une définition des moyens demandés que sur l'analyse des résultats. Le temps consacré à l'allocation de moyens et le peu de temps à l'analyse des résultats obtenus reflète bien cette insuffisance.

Le développement du contrôle de gestion est aujourd'hui nécessaire, comme une évaluation financière, sociale, sanitaire, au terme d'un contrat passé entre la direction et le responsable du projet.

L'Etat, en redéfinissant une nouvelle organisation financière par la mise en place de la LOLF¹, s'est inscrit dans une dynamique forte.

L'hôpital n'échappera pas avec la mise en place de la TAA², de la nouvelle gouvernance, de la définition des pôles, à une nouvelle analyse de la décision publique.

Dans une perspective facilement imaginable où la contrainte budgétaire se heurtera aux besoins toujours croissants des demandes comme aux exigences que l'Etat impose en matière de sécurité, qualité et principe de précaution, les arbitrages devront être concertés, explicités et évalués.

C'est l'objectif de la nouvelle gouvernance de fournir les instruments juridiques, non de nier l'opposition mais de rejeter le concept de conflit. ■

Jean-Paul SEGADE,
Directeur Général,
CHU de
Clermont-Ferrand

¹ Loi organique relative aux lois de finances promulguée le 1^{er} août 2001 pour entrer en application le 1^{er} janvier 2006.

² Tarification à l'activité.

Un management collectif pour que prime la logique de soin

Le foyer de post-cure de Brive a été créé en 1971 avec une volonté militante de l'implanter en pleine ville, près de la gare.

Je suis gestionnaire de cet établissement de santé dont la mission est d'accompagner des personnes qui traversent la maladie mentale. C'est une petite structure de 25 lits d'hospitalisation temps plein, plus 10 places d'accueil de jour avec une durée moyenne de séjour de 9 à 10 mois pour définir des projets de réinsertion. Une trentaine de professionnels y travaillent.

Michel DA CUNHA

Directeur de foyer de post-cure à Brive-La-Gaillarde.



C'est une équipe pluri professionnelle (médecin, psychiatre, psychologue, infirmier dit psychiatrique de l'ancienne école, infirmier nouvelle version, éducateur spécialisé, moniteur technique, éducateur technique spécialisé, assistante sociale et toute l'équipe logistique et un peu de direction aussi). Elle s'est constituée au fur et à mesure de l'évolution du projet d'établissement avec une volonté délibérée de faire se croiser des cultures très différentes pour répondre au mieux aux besoins repérés. Une majorité de professionnels ont à participer à la construction des projets indivi-

dualisés de réhabilitation psychosociale. On s'adresse bien à une personne, un sujet, et à des projets individualisés sous quatre angles : psychologique, médical, environnemental et professionnel.

Pour tenir dans la durée, un projet collectivement élaboré

C'est là où le management a commencé à intervenir parce que défendre ce projet ne pouvait se faire que si l'on était capable de le tenir dans la durée, et que tout le monde puisse y trouver son compte, tout en répondant aux exigences des financeurs. La particularité de notre fonctionnement interroge sans cesse les autorités de tutelles, comme beaucoup d'acteurs traditionnels du champ psychiatrique ou du médico-social. On ne répond à aucun repère connu. On sait ce que c'est qu'administrer un traitement, proposer des activités thérapeutiques, un hôpital de jour, etc., mais un foyer de post-cure qui fait de la réhabilitation psychosociale et qui intègre la composante soin dans un ensemble d'autres composantes, cela reste toujours étrange.

Ce qu'il faut retenir, c'est la notion de *projet collectif*, très importante, ainsi que la capacité à le traduire et à l'écrire. Il ne suffit pas qu'on se le dise, il faut pouvoir l'écrire sur un document formel, détaillé qui permet par voie de conséquence, à chaque acteur d'être concerné. Chaque membre du personnel a pu donner son avis. Cela suppose aussi que la parole soit égale. Dans cet établissement, le médecin psychiatre n'a pas une voix prépondérante, mais une voix égale à celle des infirmiers, des éducateurs. Ce n'est pas toujours très facile à gérer, mais c'est une des conditions pour que le projet puisse être collectif, partagé, et une des conditions de l'innovation.

Le questionnement permanent sur les pratiques : on n'est jamais

sûr de rien, le questionnement est permanent, même si aujourd'hui je considère qu'on est un peu essoufflé et qu'il nous manque un peu de clinique. Il y a toujours cette idée que la théorisation des pratiques et l'apport des concepts sont utiles à l'amélioration des pratiques. C'est aussi pour cela que l'on a essayé de compenser par un effort de formation qui est pratiquement le double du taux légal.

Le goût de l'expérimentation : on tente beaucoup de choses ; parfois ça marche, parfois ça ne marche pas. Globalement, l'ensemble de l'équipe se lance facilement dans des actions nouvelles ; elle s'est habituée à cette prise de risque, un peu trop parfois.

La prise de risque : prendre des risques ne signifie pas s'écarter du cadre réglementaire, notamment en ce qui concerne la responsabilité médicale. En s'appuyant sur l'obligation de moyens, je considère que la prise de risque est importante si l'on veut avoir des projets individualisés performants (pour employer un terme de manager) qui ouvrent des perspectives et des chances réelles de réinsertion pour quelqu'un qui a passé des années en psychiatrie. On tente des choses risquées et on est en mesure de les expliquer.

Un petit exemple : quand on organise des stages thérapeutiques en entreprise, on a un vide juridique ; c'est pratiquement une prescription médicale que d'envoyer quelqu'un travailler dans une entreprise. Le jour où il y a un accident de travail, et c'est arrivé une fois, que se passe-t-il ? Personne ne peut répondre. Mais le risque, on le justifie par la nécessité de bien accompagner cette personne dans un projet qui va l'amener dans quelques semaines, dans quelques mois, à retrouver une vie ordinaire. Cette prise de risque est liée à une recherche de performance et donc à des projets qui conviennent bien à la personne. Alors on tente. Voilà

Un management collectif pour que prime la logique de soin (suite)

ce qui me semble important à retenir, qui fait la mémoire collective et la culture de cette équipe-là.

Le projet médical intégré : pour un directeur, le management est important. Manager, c'est assurer la cohérence et intégrer toutes les dimensions. Concrètement, c'est ce qu'il y a de plus difficile à faire pour un gestionnaire. La posture la plus facile pour un administratif, c'est précisément de se replier sur l'administratif et le financier. On laisse facilement aux médecins, aux infirmiers, aux cadres de santé, aux équipes, tous les problèmes liés au projet médical et aux soins. Raisonner ainsi est une erreur. On ne peut pas séparer ces deux champs. Le projet médical doit absolument être intégré et toutes ces dimensions doivent se croiser pour remplir au mieux notre mission.

Le projet médical prime sur tout le reste : tout ce qui est administratif, juridique et financier, ne sont que des outils, des moyens ; je l'affirme d'emblée, c'est d'abord par là que ça commence. S'il n'y a pas de projet médical, tout le reste ne sert à rien. Beaucoup d'organisations de santé, de soins, sont toujours dans cette lutte, le projet médical et l'administratif : c'est forcément l'un contre l'autre, l'un au détriment de l'autre. Et ça, c'est fondamentalement une erreur. Le projet médical doit être servi par un collectif de profession-

nels. Pour être en mesure de gérer le quotidien et de mettre en perspective à 5 ans, à 10 ans, avec des objectifs stratégiques, je défends les outils de gestion, comme par exemple le marketing stratégique qui peut contribuer à défendre un projet médical. On ne peut pas laisser aux financeurs la maîtrise de ces outils sans se donner la peine de se les approprier. Le dialogue est impossible, les contraintes respectives ne sont pas intégrées et respectées.

Management versus créativité

Comment favoriser la créativité dans un contexte de plus en plus rigide et contraignant ? C'est au gestionnaire de garantir un espace de liberté en s'appuyant sur le *prescrit collectif* qui renvoie à la notion de projet collectif (document opposable) et permettre « les bricolages ».

Ce qui m'intéresse en tant que directeur, c'est d'observer ce qui se passe et de sécuriser le professionnel dans ce « bricolage ». Il y a une contractualisation, c'est-à-dire que l'on n'est pas là pour laisser faire tout et n'importe quoi, mais on définit ensemble un périmètre de risques à prendre. Parler d'accompagner l'évolution des métiers, c'est prendre en compte tous ces bricolages, faire le tri de ce qui nous paraît intéressant ou pas, l'argumenter, le capitaliser et l'intégrer officiellement dans quelque chose de reconnu. On va l'écrire et on va dire que telle

approche, telle pratique a été validée collectivement, et donc trouve une légitimité. On a balisé le terrain et on passe à autre chose.

J'ai insisté sur la dimension du management et des théories qui s'y rapportent parce que je considère qu'elles influent sur les pratiques. Des logiques s'affrontent sans arbitrage, et dans des rapports de force stériles. Si nous laissons s'imposer des logiques de management souvent mal maîtrisées, nous laissons modifier nos pratiques, qui finalement risquent de perdre leur sens au détriment des patients. Si l'on n'est pas capable de restituer ce qui est fait, ce que l'on fait tous les jours, on se verra imposer dans toutes nos actions, dans tous nos dispositifs, dans tous nos établissements, des référentiels qui ne correspondent absolument pas à notre vision, à notre conception de la psychiatrie ou de la santé mentale. Il y a urgence à ce que l'on définit une auto prescription en s'appuyant sur nos expériences. Il y a urgence à capitaliser, à publier, à dire ce que l'on fait tout en intégrant ces composants médico économiques, organisationnels. Ça ne veut pas dire que l'on a baissé les bras. S'appuyer sur les nouveaux concepts de management en se les appropriant signifie, pour moi, participer à une forme de résistance. ■

Ce texte est issu de l'audition de professionnels dans le cadre d'une recherche en cours intitulée "Quelles professionnalités en santé mentale ?", sous la direction de Christian Laval



Le conflit des assignations

La précarité renvoie à un attribut anthropologique de la modernité¹. Un monde précarisé signifie d'abord une absence de sens collectif concernant l'action, au sein d'une société des individus qui a ses grandeurs et ses misères : de l'isolement à l'atomisation, de la perte de confiance à la défiance et jusqu'au climat persécutoire où l'homme redevient un loup pour l'homme. Dans ce contexte, l'individu peut connaître l'angoisse d'une perte d'assignation dont il nous faut préciser la notion.

Jean FURTOS,
Psychiatre
ONSM-ORSPERE

Le mot assignation vient du latin *signum* (marque distincte) qui a notamment donné *significare* (signifier, indiquer par signe) et *ad-signum, ad-signare*, (assigner), terme de droit attribuant, dans une répartition, un objet social qui marque la place, une place symbolique et concrète ; il fonctionne comme un ordre, une mission, une recommandation qui vectorise le champ intersubjectif et social, de la naissance à la mort. Chaque individu est ainsi investi par le désir de l'autre et du socius ; la perte de cet investissement est appelée *exclusion*². La notion d'assignation comporte une face d'emprise, comme on dit « assigné à résidence », qui délimite une place contrainte autorisant un ensemble cohérent de relations, ce qui soutient l'appartenance groupale ; l'obligation comporte une fonction d'étayage qui permet aussi la créativité et l'écart à la norme. Ces deux aspects se conjuguent différemment selon les personnes, les époques et les cultures. Les transformations sociales hyperindividualisantes et les dérégulations induites par le capitalisme financier ont une tendance lourde à susciter une *angoisse de perte d'assignation*³.

Il est pertinent d'appliquer cette forme d'angoisse aux « publics » très précaires, comme les sans domicile, les sans travail, les sans papiers. Mais il est non moins pertinent de l'évoquer pour des professionnels qui s'interrogent sur leur mission vue par les

commanditaires et par eux-mêmes.

Soigner reste certes, en principe, le cœur du métier ; mais sur le terrain, les réponses sont plus ambiguës. Dans les hôpitaux, par exemple, les contraintes dites de « réduction de déficit », c'est-à-dire l'adaptation de l'offre de soins au budget alloué, sont reçues par les soignants comme une emprise inflexible destinée à diminuer les budgets en « améliorant la qualité des soins ». Autre exemple, sur le terrain judiciaire, la question de la rétention de sécurité pour les délinquants dangereux, notamment sexuels, rend inextricable les missions du psychiatre : soigner, protéger la société, contribuer à la sanction ?

A l'intérieur même du champ médical, les théories de la pratiques sont loin d'être homogènes : la médecine d'organes –le cerveau et le psychisme peuvent être considérés comme tels-vient en conflit avec la prise en compte de la subjectivité du sujet dans son contexte social.

Serait-il possible de tenir ensemble deux perspectives antagonistes ? Oui, peut-être, à la condition de soutenir le conflit des assignations et, dans le conflit, de s'appuyer sur un mode de penser et d'action qui intègre la transitionnalité, c'est-à-dire une zone intermédiaire qui tienne à distance les pôles extrêmes pendant un temps suffisant.

Une telle position est de nature à éviter une rigidification des termes du conflit, ou, à l'inverse, une indétermination amorphe de la pensée. Dans ces deux cas, il y a abandon de la transitionnalité, de cet entre-deux précieux puisqu'il suspend un temps l'obligation de la guerre, pour, au minimum, aboutir à une paix armée. Ainsi, entre la logique économique et la logique de soin, il y a place pour un entre-deux indéterminé, vectorisé entre deux pôles contradictoires : avec des médecins pouvant s'identifier aux contraintes financières, et des administratifs vraiment affectés par les préoccupations soignantes,

avec un troisième terme, les besoins des usagers. Ce processus appelle une fluidité de la pensée, des cadres de négociation, la capacité de *dire non* au sein d'un véritable espace de bonne foi. Jamais nous n'avons eu autant besoin de relire Winnicott.

Mais ce conflit n'est pas le seul. Quelle est l'assignation sociétale à la psychiatrie ? La contention de la folie n'est plus le premier souci, il lui a été substitué l'assignation sécuritaire, le contrôle de la dangerosité des fous, des délinquants, des adolescents, des étrangers... Les psys sont payés pour savoir qu'il s'agit d'un avatar du climat de défiance cité en début de texte. L'homme précaire a peur de perdre sa place parmi les humains, une place investie, assignée, qui ne soit pas reconnue que pour une excellence en partie imaginaire. Dit autrement, la mission à promouvoir n'est plus de soigner « les fous », même s'il convient de savoir bien le faire ; le malade mental, l'handicapé psychique, les gens en souffrance psychique d'origine sociale font désormais partie de la cohorte des excluables, des désassignables, des inutiles au monde⁴, de ceux qu'il faudrait laisser à la marge. Mais ceux qui parlent au nom du *centre*, des inclus, ne savent pas, ne veulent pas savoir qu'ils sont concernés par *la marge*, qu'ils vivent eux aussi dans le même monde précaire.

Comme le disait Lucien Bonnafé, le psychiatre doit utiliser pour l'action thérapeutique la stratégie du coucou, aller pondre dans le nid des autres, et réciproquement ; non pour coloniser qui que ce soit, mais au motif que le champ où les gens vivent et souffrent est plus large que le chez soi du cadre technique de la médecine d'organe. Une telle transformation nécessite d'accepter le conflit des assignations et la vectorisation ordonnée de l'indétermination, de telle manière qu'elle puisse produire du sens dans l'action. ■

¹ J. Furtos « Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs », CNPLF, Masson, à paraître en juin 2008.

² Elle a été nommée *anomie* par Durkheim et *désaffiliation* par Robert Castel

³ René Kaës a été le premier à en parler à partir de la notion freudienne peu connue de *Zwanglosigkeit*, état de perte des contraintes, aussi grave que de désapprendre sa langue maternelle. R. Kaës, « L'appareil psychique groupal », Dunod, 1976 (1^{ère} édition), 2000.

⁴ R. Castel, « Les métamorphoses de la question sociale », Ed. Fayard, 1995.

Nous avons lu

■ Souffrances sociales. Philosophie, psychologie et politique

Emmanuel Renault, Ed. La Découverte, janvier 2008

A travers un examen critique des modèles théoriques issus de la sociologie, de l'économie, du politique ou de la médecine, l'auteur montre que la souffrance sociale constitue un objet d'étude. Il affirme que cette notion, loin d'être un slogan polémique vidé de tout intérêt scientifique, forme un objet susceptible de sortir des pans entiers de la société de l'invisibilisation en rendant ainsi aux individus concernés la capacité de revendiquer et d'agir collectivement pour transformer les conditions de leur existence.

■ Au-delà du stress au travail, une sociologie des agents publics au contact des usagers

Dirigé par Marie Buscatto, Marc Loriol et Jean-Marc Weller, Ed. Erès, 2008.

Les auteurs proposent une autre façon de parler du stress au travail pour entrer de façon très concrète dans les particularités de chacune des activités professionnelles étudiées, celles des agents de services publics au contact des usagers. Quelles sont les conséquences des usages sociaux ? Comment les enjeux qui structurent les discours sur le stress s'articulent-ils aux expériences vécues dans le travail, à l'agencement concret des activités ? Les résultats des travaux présentés dans cet ouvrage, peuvent, sans nul doute, être étendus au-delà du champ investigué.

Information

■ Un rapport sur « Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs » sera présenté au 106^e Congrès de Psychiatrie et de neurologie de langue française qui se tiendra les 5-6-7 juin 2008 au Théâtre de la Ville de Bastia.

Cet ouvrage, sous la direction de Jean Furtos, publié par les éditions Masson, sera disponible en librairie autour de la mi-juin 2008.

Contacts pour le Congrès : Tél : 04 76 56 43 70 – Fax : 04 76 56 45 65

Secrétariat : glibouton@ch-saint-egreve.fr.

Agenda

■ Soin, habitat et vie quotidienne dans la cité

Journée d'étude organisée par Croix Marine le 28 mai 2008 à Lyon

Contact : Tél : 01 45 96 06 36 – Fax 01 45 96 06 05

Site : www.croix-marine.com - E-mail : croix-marine@wanadoo.fr

■ Habiter dans la cité : difficultés, partenariats, accompagnements

Journée interrégionale Santé Mentale et Précarité Rhône-Alpes-Auvergne, organisée avec le concours de l'ONSM-ORSPERE,

Jeudi 26 juin 2008, espace Albert Camus à Bron (Rhône).

Contact : Mission de Cohésion sociale, DRASS Rhône-Alpes

Chantal Autin et Joëlle Guélé. Tél : 04 72 34 31 58.

■ Briser l'isolement des familles, une priorité pour l'Unafam et ses partenaires

XXXX^e congrès national de l'Union nationale des amis et familles de malades mentaux, les 27 et 28 juin 2008 au Centre des Congrès de Lyon.

Contact : Unafam Rhône – Tél : 04 72 73 41 22 – E-mail 69@unafam.org

Unafam siège - Tél : 01 53 06 30 43

Appel à projets de recherche 2008 : « Handicap psychique, autonomie, vie sociale »

par la Mission Recherche de la DREES, associée à la Caisse nationale pour la solidarité et l'autonomie (CNSA), en lien avec la DGAS, l'IRESP et l'UNAFAM.

Texte complet de l'appel à projets et dossiers de réponse disponibles sur les sites DREES (www.sante.gouv.fr, rubrique « Etudes, recherches et statistiques », puis rubrique « Actualités » et « Appels à projets de recherche ») et de la CNSA (www.cnsa.fr) ou sur demande par mail à isabelle.madelenat@sante.gouv.fr.

Date limite d'envoi des dossiers : vendredi 30 mai 2008.

Les photos d'œuvres illustrant ce numéro ont été réalisées dans le cadre de l'atelier de peinture/sculpture Marie Laurencin, à visée thérapeutique, coordonné par René Pandelton, psychiatre psychanalyste. Il s'inscrit dans un dispositif de soins et de création au centre hospitalier de Montfavet. Cet atelier offre un lieu de création permettant « d'autrement dire » par la peinture et la sculpture ; il est co-animé par une équipe pluridisciplinaire où soignants et artistes s'associent pour favoriser la mise en œuvre d'un processus créatif.

RHIZOME est un bulletin national trimestriel édité par l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSM-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)
- Benoît EYRAUD, sociologue (Lyon)
- Marie-Claire FILLOT, cadre socio-éducatif (Paris)
- Carole GERBAUD, responsable associatif (Bourg en Bresse)
- 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)
- Alain MERCUEL, psychiatre (St Anne Paris)
- Michel MINARD, psychiatre (Dax)
- Gladys MONDIÈRE, dr en psychologie (Lille)
- Pierre MORCELLET, psychiatre (Marseille)
- Christian MULLER, psychiatre (Lille)
- 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



ONSM-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.orspere.fr

Impression et conception : Imprimerie BRAILLY
(St-Genis-Laval) - Tél. 04 78 86 47 47

Dépôt légal : 2318 - Tirage : 10 000 ex.

ISSN 1622 2032

N° CPPAP 0910B05589