

## Bulletin national santé mentale et précarité

### La psychiatrie publique en questions

#### 1<sup>er</sup> volet : Paroles de psychiatres

édito

Jean FURTOS

Ce numéro de rhizome est le premier d'une trilogie sur l'avenir de la psychiatrie publique. La question « santé mentale et précarité » ne peut en être dissociée. Depuis le rapport Piel-Roelandt, cet avenir est orienté par « le plan santé mentale » énoncé par Bernard Kouchner (Nov. 2001).

Conçu comme un état des lieux, ce numéro est le lieu de tous les dangers. Pourquoi ?

1°) Parce que la parole a été donnée aux psychiatres ! Ce qui n'est pas l'usage de Rhizome ouvert aux multiples intervenants du champ de la santé mentale et de la précarité.

2°) Parce que ce numéro a été conçu comme un forum, qui ne correspond pas nécessairement à la ligne éditoriale du Comité de Rédaction.

3°) Parce qu'un forum a nécessairement des aspects cathartiques qui risquent d'embraser l'esprit du lecteur. L'objectif de penser l'avenir doit s'en accommoder, sous réserve d'une reprise réflexive.

La contribution demandée aux auteurs sollicités pour ce numéro portait sur l'avenir du dispositif de psychiatrie publique à partir des questions suivantes :

- Le champ de la Santé Mentale, centré sur la souffrance psychique et non plus sur la maladie, constitue-t-il le prélude à la dilution de la psychiatrie dans le social ou à un réaménagement des théories et des dispositifs à la mesure de notre temps ?
- La psychiatrie a-t-elle à s'occuper de la souffrance psychique des personnes précarisées ?
- Le secteur de psychiatrie est-il adapté aux soins des personnes précaires ?
- Le secteur de psychiatrie a-t-il les moyens de cette action ?

La lecture des textes reçus permet d'authentifier un **malaise sérieux des psychiatres** qu'il s'agit d'abord de reconnaître comme tel, et qui est congruent avec ce qu'on entend et ce qu'on écrit ici ou là. Après tout, le rapport Strohl-Lazarus (1995) a mis en évidence le malaise des intervenants sociaux, en relation avec les processus sociétaux et la prise en compte d'une souffrance psychique d'origine sociale. Pourquoi faudrait-il mettre sous le boisseau le malaise des psy, particulièrement celui des psychiatres ? Les mêmes causes donnent sans doute les mêmes effets, avec un décalage dans le temps et des particularités en rapport avec chaque métier. Comment espérer promouvoir un système de santé mentale sans les psychiatres, sans écouter ce qu'ils pensent, ce qu'ils ressentent, ce qu'ils refusent, les valeurs dont ils estiment être porteurs, leurs points aveugles, aussi.



## Au sommaire

RHIZOME est téléchargeable sur le Web : [www.ch-le-vinatier.fr/orspere](http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere)

#### DOSSIER

Le malaise des psychiatres, la déchirure <i>Jean Furtos</i>	p. 2	Santé mentale, psychiatrie, souffrance psychique <i>Jean-Pierre VIGNAT</i>	p. 9 et 11
La psychiatrie, une discipline médicale <i>Thierry BOUGEROL</i>	p. 3	Précarité œdipienne, psychanalyse et psychiatrie publique <i>Bertrand PIRET</i>	p. 10/11
La « santémentaliâtrie » : nouvelle demande ou chimère démagogique ? <i>Pierre DELION</i>	p. 4/5	Une manière de voir la politique de santé mentale en France <i>Nicole GARRET-GLOANEC</i>	p. 12/13
L'Exclusion du soin <i>Alain PIDOLLE</i>	p. 6	Le métier de psychiatre et la précarité <i>Philippe DAVEZIES</i>	p. 14
Faut-il être optimiste ou pessimiste sur l'avenir de la psychiatrie ? <i>Patrick CHALTIEL</i>	p. 7/8	DROIT DE RÉPONSE <i>Eric PIEL</i>	p. 15
		ACTUALITES	p. 16

# Le malaise des psychiatres, la déchirure

Dans les textes qui suivent, le malaise des psychiatres s'est décliné selon deux axes :

Jean FURTOS

Psychiatre  
ORSPERE-ONSMMP

• **Premier axe, très largement dominant : de la précarisation du secteur à la chronique d'une mort annoncée de la psychiatrie.** Cette analyse s'étaie sur certains éléments :

- Le processus avéré de désertification du secteur : des centaines de postes de praticiens hospitaliers vacants, dont le nombre va croissant, une disparition des infirmiers spécialisés, des budgets en attrition, entraînant une « *exclusion du soin* » (Alain Pidolle), sans compter les 35 heures...

- La fragmentation d'une pratique généraliste du secteur, avec le morcellement des missions et la pression des « *néo-urgences sociales* » ;

- La mise à mal du rôle médical, voire « *le syndrome de maltraitance à médecins* », celle-ci risquant de contaminer les équipes soignantes et les patients. Il convient de rappeler que la psychiatrie est une discipline médicale de soin et de recherche, acceptant par ailleurs la multi-disciplinarité de la prise en charge de la souffrance psychique (Thierry Bougerol).

La notion de santé mentale, tournée en dérision sous les vocables de « *santémentaliâtrie* » et de « *santémentaliâtre* », n'indique t-elle pas, en fait, un attachement au « *iatrique* », c'est à dire au « *médical* », lequel ne serait plus le centre du « *projet santé mentale* », par nature polycentrique ?

« *Dans tous les cas* », conclut Pierre Delion : « *Nous assistons à la chronique d'une mort annoncée de la psychiatrie, entendue comme discipline médicale assurant les soins aux malades mentaux, tout le temps qu'ils en ont besoin* ». La mort de la discipline est équivalente à l'abandon des malades mentaux dans la durée, ce dont témoigne l'allusion à l'extermination des malades mentaux en Allemagne nazie. Ce point doit être manié avec précaution : s'il y a une vigilance à exercer, le recours à cet argument peut aussi recouvrir le conservatisme le plus radical.

Dans ce premier axe de réponses, l'avenir de la psychiatrie est envisagé du côté du cadre de soin en péril. Lorsque l'on est en position de survie, peut-on s'occuper de nouvelles

missions ? En tout cas, s'il y a lieu de choisir entre les malades mentaux et les nouveaux besoins « *sociaux* », le choix est clair : il faut s'occuper en priorité des malades mentaux chroniques. En cette matière, les besoins en hospitalisation l'emportent, et de loin, sur le travail dans la cité.

• **Deuxième axe : le soin aux personnes précaires et les avancées possibles en ce domaine.**

Ce deuxième axe insiste sur le péril des usagers et sur les processus de changement ; minoritaire parmi les textes reçus, il correspond aux questions habituelles de Rhizome.

Bertrand Piret rappelle que « *le désir* » est soumis à des conditions de possibilité de nature sociale ; l'attention aux facteurs de précarité constitue donc un élément de la clinique, y compris psychanalytique. Il démonte la notion de stigmatisation des populations ciblées par des offres précises (en l'occurrence, les migrants) : l'objectif n'est-il pas plutôt de « *signifier, par cette offre publique, la reconnaissance de leur commune appartenance aux institutions (de soins) de la République* ».

Jean-Pierre Vignat, jetant aux orties tous les cadres théoriques de référence passés et actuels, envoie une salve de remarques et de questions extrêmement stimulantes pour le sujet qui nous occupe : « *La psychiatrie, de plus en plus interrogée par les problèmes de société, a répondu avec ses outils avant de s'apercevoir qu'il lui faudrait en inventer de nouveaux* », « *Que connaît-on du processus de socialisation, de création et de développement du lien social ?* ».

Le malaise des psy et la chronique de la mort annoncée du dispositif de psychiatrie publique renvoient à une déchirure, celle de la dualité complémentaire d'une politique de secteur adéquate à ses objectifs : d'une part les aspects thérapeutiques de la maladie mentale (centrés sur la psychose), d'autre part les aspects du travail au plus près des populations - ce que l'on appelait autrefois « *l'hygiène mentale* » - pratiques acceptant des souffrances d'une autre nature (par exemple l'échec scolaire, dont s'occupe depuis longtemps la pédopsychiatrie).

Devant cette dualité déséquilibrée, ou à la recherche d'un nouvel équilibre, Patrick Chatiel insiste sur la labilité entre vision optimiste et pessimiste. Il choisit un « *pessimisme de volonté* », à titre de résistance, pour défendre quelques certitudes du métier de psychiatre.

On ne peut soigner qu'en s'identifiant à la souffrance et aux besoins de l'autre. Or ce qui frappe, dans cette dualité déchirée, c'est la tendance forte à s'identifier aux seuls patients psychotiques, avec en corollaire l'absence d'empathie vis à vis des personnes en souffrance psychique. Le texte de Nicole Garret-Gloannec, fort intéressant dans son analyse sociologique, exemplifie cette impossibilité. A travers la distinction radicalisée entre soin individuel et prévention épidémiologique, on retrouve l'argument selon lequel : « *le raz de marée des demandes de soins (nouvelles) est à interpréter comme la nécessité d'apporter un soin à la société elle-même* ». Ne s'agit-il pas du même type d'argument lancé autour des événements de mai 68 : soigner le fou, c'était « *être les chiens de garde de la société* », faire de la « *flichiatrice* » ? Est-il vraiment opportun d'opposer des sujets malades, à traiter dans une relation duelle, et des « *populations* » de définition épidémiologique, dont il faut, au mieux, « *drainer* » la souffrance ? Le sujet de l'inconscient et le sujet politique sont-ils à ce point desintriqués ?

Il est certes important de garder un mouvement critique sur la précarisation sociale, de ne pas la cautionner. Dans le même temps, comment faire « *avec* » la précarisation, de fait croissante, des dispositifs et des modèles de soins ? Comment vivre cette vulnérabilité dans le social et dans l'intime pour pouvoir s'identifier empathiquement aux plus précaires dans un souci les concernant ? Faute de quoi, la psychiatrie a le sentiment de diluer sa pratique dans le social, de « *perdre son âme* », de faire du « *santémentalisme* » (Thierry Bougerol).

Philippe Davezies reprend d'une manière éclairante le rapport de la psychiatrie et de la précarité, en envisageant le métier de psychiatre du point de vue de la santé des professionnels. ■



# La psychiatrie, une discipline médicale

La période actuelle se prête volontiers aux bilans et autres projections vers un avenir par définition incertain.

**Thierry BOUGEROL**  
Professeur des Universités,  
Praticien Hospitalier,  
Chef du service de  
Psychiatrie de l'Adulte,  
CHU de Grenoble.

Le champ de la psychiatrie n'échappe pas à ces tentations. Il y échappe d'autant moins que les perspectives de la discipline, et en particulier celles de la psychiatrie publique, sont loin d'être aujourd'hui limpides et la situation actuelle peu encourageante.

Les psychiatres sont en effet aujourd'hui sollicités de toutes parts, considérés qu'ils sont, à tort ou à raison, comme les seuls « spécialistes » de la souffrance psychique et seuls véritables professionnels de la parole et de la consolation. [...]

Par ailleurs, certains proposent une réorientation radicale de l'organisation du système de soins qui concrétiserait le passage de la psychiatrie à la santé mentale.

Et la psychiatrie dans tout ça ?

**La psychiatrie est pourtant, quoiqu'on en dise parfois, partie intégrante de la médecine**, par ses objectifs, le soin spécialisé de malades particuliers, les malades mentaux, mais aussi par ses modèles qui restent des modèles médicaux. Cette spécificité ne saurait faire assimiler le soin psychiatrique à la prise en charge de la souffrance psychique, concept aux limites plus larges sinon largement plus floues. La prise en charge de la souffrance psychique est pourtant d'une évidente nécessité, nécessité sociale qui ne peut s'envisager que par la collaboration d'intervenants aux compétences complémentaires, venant d'horizons différents, psychiatres du secteur sanitaire bien sûr, mais aussi acteurs des structures médico-sociales, du tissu associatif, éducatif ou autre. Dans cette multidisciplinarité, le psychiatre a clairement sa place, certainement comme expert de la dimension médicale de la souffrance psychique mais aussi comme médiateur de l'accès au soin hospitalier. Ce rôle, qui est un rôle clé plaçant naturellement la psychiatrie en situation de coordination des intervenants dans ce champ, ne doit pourtant pas devenir, par un glissement progressif, la

nouvelle définition de la discipline.

C'est là que l'extension de la psychiatrie au « santémentalisme » comporte les plus grands risques, en particulier celui qui aboutirait à faire progressivement abandonner toute référence médicale claire au profit de la mise en avant d'un traitement « social » de la maladie, entraînant un changement complet des paradigmes qui fondent l'existence même de notre discipline.

La psychiatrie, et notamment la psychiatrie publique hospitalière, doit donc fermement affirmer sa place. D'abord, en tant que spécialité médicale, elle doit défendre l'existence de structures de soin hospitalières, suffisantes en nombre et en capacité. L'engorgement chronique des services hospitaliers, certes en grande partie lié au manque de moyens d'aval permettant le support des soins après l'hospitalisation, vient aussi révéler le besoin évident, que les psychiatres urgentistes connaissent bien, de pouvoir admettre en service hospitalier, dans des conditions de sécurité suffisantes, des patients présentant des troubles sévères, incompatibles avec leur prise en charge ambulatoire. Les réductions des capacités d'hospitalisation envisagées, si tant est qu'elles ne soient pas déjà engagées par l'étranglement actuel des moyens mis à disposition des services (que l'application des 35 heures amplifie encore !) ne sont donc pas une perspective réjouissante. De plus, l'éloignement, envisagé par certaines propositions, des structures d'hospitalisation de l'hôpital général, au profit d'une implantation au cœur des secteurs, contribuerait à stigmatiser davantage le soin psychiatrique et la maladie, les faisant repérer comme manifestement « différents ».

**En tant que spécialité médicale la psychiatrie ne doit pas, non plus, se couper de la recherche fondamentale [...].** Le développement de la recherche ne peut en effet se concevoir autrement que dans un échange permanent avec le soin, au centre duquel se trouve le malade, et toute accentuation de

la distance entre ces deux composantes indissociables, ne peut qu'aboutir, à plus ou moins long termes, à écarter d'une part le patient des bénéfices de la recherche et, d'autre part, à éloigner celle-ci de la réalité du phénomène psychique.

**Le soin psychiatrique ne s'arrête évidemment pas à la porte de l'hôpital.** L'extension des prises en charge au plus près du lieu de vie des patients, telle que l'organisation sectorielle le permet déjà, est le complément naturel du soin hospitalier. Aujourd'hui le secteur psychiatrique, notamment lorsqu'il est rattaché à un hôpital général, est le plus souvent exsangue, permettant au mieux l'organisation de consultations vite embouteillées, et n'autorisant pas le travail de proximité nécessaire. Son rôle clé, à l'interface des structures sanitaires et sociales, se trouve ainsi le plus souvent négligé. Donnons les moyens au secteur de travailler. Il pourra alors réellement jouer son rôle de chef d'orchestre des interventions de l'ensemble des acteurs d'un véritable réseau de soins en santé mentale au sein duquel, le soin psychiatrique n'est qu'une composante dont le champ d'application est celui de la psychiatrie. Mais les psychiatres ne sont pas des hommes-orchestres ! L'identification de « réseaux » ou « secteurs de compétence », organisés autour de la prise en charge de situations circonscrites, qu'il s'agisse de troubles mentaux spécifiés (schizophrénie, maladie bipolaire ou autre) ou de situations de détresse particulières (toxicomanies, situations de précarité par exemple), permettrait non seulement de focaliser les efforts et l'expertise de chaque acteur sur un domaine bien particulier, garantissant la pertinence des actions, mais faciliterait également le lien avec le travail de réflexion et de recherche qui ne doit pas être déconnecté du terrain.

La psychiatrie est aujourd'hui devant une mutation inéluctable mais inquiétante. Fasse que les années qui viennent ne nous amènent pas à perdre ce qui est peut-être notre âme ! ■

# La « santémentaliâtrie » : nouvelle demande ou chimère démagogique ?

La dérive actuelle des concepts qui président à la consistance de la psychiatrie, et partant, des pratiques qui en dépendent, n'est pas un résultat attendu par ses opposants, pire, c'est la conséquence d'un très préoccupant double discours du Politique et de ses conseillers techniques, de plus en plus éloignés de la réalité de terrain, et notamment des patients vivants (si on peut dire) dans une grande précarité.

Pierre DELION

Praticien Hospitalier,  
Chef de service, secteur  
Ouest de Psychiatrie  
Infanto-Juvenile, CH  
Ste Gemmes sur Loire

Or ces derniers ont droit, c'est notre devoir et notre honneur, à bénéficier des avancées de la psychiatrie de secteur qui semble la mieux à même de les aider sur le plan psychopathologique, à condition de le penser en lien partenarial avec tous ceux qui peuvent y apporter quelque chose de spécifique.

Qui, parmi ceux qui ont milité et militent depuis des dizaines d'années à la transformation des conditions d'accueil des malades mentaux, se plaindra de voir émerger la notion de « **Santé mentale** » comme champ dans lequel s'originent les nouvelles demandes contemporaines ? Personne sans aucun doute, puisqu'il s'agit de l'étape logique résultant de la mise en place d'une prévention concrète pour les populations desservies par le système de santé mental français, dont je rappelle que, jusqu'à plus ample informé, la psychiatrie de secteur est la base légale. Mais là où le bât blesse, c'est à condition que cela soit mis en œuvre avec les moyens qui sont nécessaires à toute innovation sans oublier la base logique – ici la psychiatrie – sur laquelle cette innovation a pris corps. Et que l'on ne me fasse pas pleurer sur l'impossibilité de trouver des moyens de financement pour cette mission, dont l'aspect symbolique a été amplement démontré par Michel Foucault et beaucoup d'au-

tres. D'ailleurs tous les décideurs sanitaires savent dans quelle médiocrité budgétaire se débat l'ensemble des équipes de Santé mentale-Psychiatrie. Toujours est-il que sans une attribution supplémentaire significative, les moyens actuels – humains et financiers – seront détournés des soins aux malades chroniques (pas par principe, mais en raison du fait qu'ils requièrent la grande partie des moyens alloués pour l'instant), et « fléchés » pour les nouvelles demandes. Chacun de nous en sera réduit à choisir très vite entre ces « urgences néo-sociales » pour lesquelles les membres des cellules départe-«mentales» catastrophes sont sommés de répondre au coup de sifflet, et ces « urgences ordinaires » que sont les états psychiques que traversent trop souvent encore les patients les plus gravement malades, et plus précisément les personnes psychotiques. En effet, pas question pour moi de céder sur le fait que la psychose, l'autisme, sont autant de maladies psychiatriques qui nécessitent des médecins et des équipes soignantes parés à répondre par des soins intensifs aux dégâts très importants occasionnés par les angoisses archaïques dont elles sont grosses. Serions-nous devenus de simples « **santémentaliâtres** » ? L'histoire nous apprend que lors de choix épineux, la tendance entropique habituelle a toujours consisté à suivre la pente la plus facile, celle des réponses standards, des moindres coûts, des décisions les plus simplificatrices. La lecture du livre de Alice Ricciardi Von Platen<sup>1</sup> écrit en 1948 et traduit en français en 2001 est à ce titre très édifiante. Il ne faut pas continuer à se bercer d'illusions : soit les équipes s'orienteront vers les nouvelles demandes et en viendront à pratiquer « les nouveaux métiers de la Santé mentale », soit ils décideront, et j'accorde à ce verbe tout le poids que la philosophie médiévale donnait à la fonction « décisoire », que l'exercice de la Psychiatrie est important pour

les malades mentaux, et ils ne pourront pas distraire les moyens de l'un pour assumer valablement les réponses à l'autre. Ce qui, à mes yeux, est extrêmement regrettable parce que la psychiatrie de secteur a permis de dialectiser ces deux dimensions fondamentales que sont la prévention (côté santé mentale) et le soin (côté psychiatrie), et **il est aujourd'hui absurde de pousser les psychiatres à choisir entre les deux aspects intriqués d'une même pratique.** Mais qu'on ne s'y trompe pas, entre-temps, la pratique de la psychiatrie aura été réduite à un exercice calamiteux, celui de l'arc réflexe : dépression/prozac, délire/clozapine, pour lequel bien entendu, il n'est pas tellement besoin de psychiatres. Zarifian a insisté en son temps sur l'importance de la relation psychothérapique dans laquelle la prescription doit avoir lieu pour avoir quelques chances de réussir. Or l'exercice de la psychiatrie dans un climat psychothérapique demande aux praticiens qui s'y engagent une formation initiale de douze années et quatre ans de spécialisation en psychiatrie), « enrichie\* » d'une formation à la psychothérapie par un travail approfondi d'initiation personnelle incontournable. Disons qu'en une quinzaine d'années, un psychiatre peut être « suffisamment compétent » pour répondre aux très nombreuses demandes dont il est désormais « l'objet ». [...]

La distinction entre les patients aigus et chroniques au profit de la démedicalisation de la prise en charge des derniers n'est pas la seule à être mise en œuvre, c'est maintenant la fonction médicale elle-même qui risque de disparaître avec cette politique démagogique, ou, à tout le moins, de se lyophiliser dans la seule fonction d'expert. En effet, le sous-effectif médical va obliger les médecins à ne plus soigner eux-mêmes les patients mais seulement à les

#### BIBLIOGRAPHIE :

<sup>1</sup> Alice Ricciardi von Platen, «L'extermination des malades mentaux dans l'Allemagne nazie», Ed. Erès, Toulouse, 2001.

\* J'ose dire ici que cet approfondissement de la technique psychothérapique se fait pour celui qui s'y initie au prix d'un investissement psychique et financier très important et qui n'est jamais pris en compte dans notre reconnaissance professionnelle.

## La « santémentaliâtrie » : nouvelle demande ou chimère démagogique? (suite)

orienter vers ceux qui pourraient le faire. [...]. Or, je prétends que nous tenons notre légitimité médicale du fait que nous assumons le soin des patients dans le long terme, d'autant que leurs familles et eux-mêmes nous attendent au tournant de la durée. Nos capacités à poser les bonnes indications ne restent crédibles qu'à la condition de ce feed-back nécessaire à l'ajustement thérapeutique permanent. Sinon, notre participation à la constellation transférentielle de tel ou tel patient se simplifiera par l'« adressage » à celui qui semble le plus spécialisé, mais sans l'exercice de la très importante complémentarité qui est une des spécificités fondamentales de la psychiatrie, et un contrepoids à tout retour à une psychiatrie asilaire [...].

Pour en rajouter à ces soucis déjà considérables, la réticence voire la résistance d'un grand nombre de médecins à l'imposition « à la hussarde » des nouveaux canons de cette médecine déshumanisée et comptable, provoque chez certains de nos partenaires administratifs qui ont maintenant le pas hiérarchique sur les médecins (et ceci aussi bien dans le public que dans le privé dorénavant), un sentiment d'avoir à accomplir leur devoir de métonymes de l'Etat avec fermeté, quand ce n'est pas avec un sadisme inévitable, sur les médecins qui sont tous, c'est bien connu, des bourgeois profiteurs qui ne pensent qu'à leurs émoluments. Pourtant le dernier statut des praticiens hospitaliers insiste sur la non dépendance hiérarchique des médecins vis à vis des directeurs d'établissements hospitaliers dans le seul cas où il est question de l'éthique médicale. De quoi s'agit-il ici sinon de la préservation de ce que nous pensons juste pour la défense de certains patients à être soignés décemment et même humainement ? Ne devons-nous pas dans certains cas aller jusqu'à faire respecter cette clause de notre statut afin de pouvoir jouer

encore au moins le rôle d'avocats des patients que nous ne pourrions plus soigner ? [...]

Je crois que nous sommes désormais fondés à appeler la méthode appliquée par l'Etat et ses représentants « sur » les acteurs du service de santé français (qu'on ne nous enverra pas longtemps dans ces conditions), **le syndrome de « maltraitance à médecins »**. Tosquelles, psychiatre catalan condamné à mort par le régime franquiste, fondateur du mouvement de la Psychothérapie institutionnelle, disait souvent que la qualité des liens entre les médecins et les infirmiers psychiatriques, à l'époque où ces deux professions représentaient l'essentiel des soignants en psychiatrie, se transmettait d'une façon univoque à celle existant entre les infirmiers et les malades mentaux. Aujourd'hui, le cadre a changé, les enjeux se sont déplacés, mais son analyse reste pertinente à mes yeux : la qualité des liens entre l'Etat et les médecins, acteurs incontournables du système de santé, risque de se transmettre aux liens entre les médecins et les patients. Bien sûr, l'éthique de chaque médecin tentera de corriger ce sadisme institué, **mais le travail en « flux tendus psychiques »** qui caractérise désormais l'exercice médical aura très vite raison des éthiques

personnelles. Je crois que **des effets de seuil** sont ici inévitables : je préserve une certaine qualité des soins jusqu'à un point donné ; au-delà, non pas parce que j'ai changé, mais parce que les conditions d'exercice se sont dégradées, je ne suis plus en mesure de le faire. Là encore, les premiers sacrifiés seront les patients qui présentent les plus grandes difficultés à être soignés, soit en raison de leur situation précaire, et les personnes en grande précarité a fortiori, soit en raison de la complexité de leur prise en charge.

Dans tous les cas, nous assistons à **la chronique d'une mort annoncée de la psychiatrie, entendue comme discipline médicale assurant les soins aux malades mentaux tout le temps qu'ils en ont besoin**, et ce, dans le respect de la dimension humaine et subjectale, dont ils sont, plus que tous les autres, les « naufragés<sup>2</sup> » involontaires. A ce titre, l'avenir de la psychiatrie publique est bien sombre. Mais comme dans tous les moments de crises humaines, il se trouve des hommes qui sont plus forts, plus convaincants, plus résistants que la logique des tristes calculs budgétaires soi-disant incontournables qui nous empêche de penser. Ces hommes-là doivent se faire entendre maintenant. ■

### BIBLIOGRAPHIE :

<sup>2</sup> P. Declerck, « Les Naufragés » avec les clochards de Paris, Ed Terre humaine Plon, Sept 2001.



# L'Exclusion du soin

Les exclus ne sont pas nécessairement ceux que l'on voit. S'agirait-il des habitants de ces départements où presque tous les postes de psychiatres publics sont à pourvoir ?

**Alain PIDOLLE**

Psychiatre,  
Président de la  
Conférence Nationale des  
Présidents de CME de  
CHS-Clinique de psychologie médicale  
57370 Phalsbourg.



<sup>1</sup> SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

<sup>2</sup> UPATOU : Unité de Proximité et d'Accueil de Traitement et d'Orientation des Urgences

<sup>3</sup> SAU : Service d'Accueil et d'Urgence

Combien de services de psychiatrie générale « tournent » avec trois temps plein médicaux voire moins alors qu'il faut avoir au moins 6 ETP pour assurer, dans un service de psychiatrie générale non isolé, l'essentiel des missions qui nous sont confiées. Les quelques 700 postes de psychiatres praticiens hospitaliers vacants publiés au Journal Officiel du 14 mars 2001 laissent augurer des jours difficiles pour ces exclus des départements ruraux et des toutes petites villes désertées tant en psychiatrie publique qu'en psychiatrie privée. L'âge moyen des psychiatres, leur non-renouvellement, la disparition des infirmiers à formation spécifique en psychiatrie, l'ARTT des médecins mais également des paramédicaux seront certainement des facteurs restructurant l'offre de soins beaucoup plus efficaces que ne l'ont été les SROS<sup>1</sup>. [...]

La fermeture des lits d'hospitalisation à temps plein qui était considérable ces dernières années, est à mettre en regard avec une augmentation galopante de la demande. Paradoxalement, cela revient à déstructurer le travail de secteur. Dans le département de la Moselle (1 million d'habitants, 14 secteurs de psychiatrie générale dans trois CHS et 2 secteurs en CHG – département « non sinistré »), il n'y avait, un samedi de fin février 2002, que 2 lits vacants en psychiatrie publique dans tout le département. Cette situation qui dure depuis plusieurs mois a entraîné des réorganisations : c'est le centre 15 qui fait le point régulièrement des lits vacants en psychiatrie, et lorsqu'une hospitalisation est décidée par un médecin généraliste ou un service d'urgence, le patient est adressé dans un des hôpitaux du département de la région ou de la région voisine, en fonction des

places disponibles et non plus en fonction du secteur qui a l'habitude de s'occuper de ce patient. Quant aux psychiatres dans les CMP, ils temporisent et essayent d'éluider les indications d'hospitalisations temps plein.

La mise en place des services d'urgences dans les hôpitaux généraux, favorise la demande de soins de type consumériste : si le CMP ne peut donner un rendez-vous que dans trois ou quatre semaines pour un problème qui ne paraît pas urgent, le patient peut trouver une réponse psychiatrique immédiate presque 24h/24h en s'adressant à l'UPATOU<sup>2</sup> ou au SAU<sup>3</sup>. Dans les secteurs urbains, toutes les demandes convergent vers ces centres qui ne renvoient pas systématiquement sur les secteurs d'origine, contribuant par là à déstructurer leur action.

Petit à petit, des filières spécifiques se mettent en place, soins aux exclus, soins aux adolescents, personnes sous main de justice, gérontopsychiatrie, etc... Si officiellement la doctrine de l'organisation des soins repose toujours sur le secteur, dans les faits, un certain nombre de ces structures se détache du secteur sans s'articuler avec celui-ci.

Un énième rapport sur la psychiatrie et la santé mentale a été présenté il y a quelques mois qui inspire largement le plan de santé mentale du gouvernement. On y trouve martelé à l'envie la doctrine d'une psychiatrie exclusivement communautaire qui, au nom de la suppression de l'asile, en arrive à nier l'existence de la maladie mentale pour en faire un problème social traité par les institutions sociales. On y oublie simplement que la santé mentale tient autant à l'équilibre intra psychique de l'individu qu'aux conditions de sa vie sociale, en particulier son travail et ses revenus. Une importante usine vient de fermer et de licencier plusieurs centaines d'employés. Comme elle est située sur le pôle d'attraction de l'hôpital, nous avons été sollicités par la préfec-

ture pour mettre en place une cellule médico-psychologique d'urgence ! La psychiatrie publique ne serait-elle donc qu'un anesthésique social parmi d'autres ?

Le plan santé mentale présenté par le gouvernement est certes moins excessif que le rapport ci-dessus évoqué : il reprend en grande partie les revendications et les demandes des professionnels et revient à point nommé pour montrer que les pouvoirs publics s'intéressent à la psychiatrie et à la santé mentale après plus d'une dizaine d'années de carences graves de l'Etat dans ce domaine. Mais, depuis dix ans, quelle évolution ? Les moyens s'érodent régulièrement, le nombre de psychiatres diminue rapidement faute d'avoir insisté sur les formations, les infirmiers spécialisés disparaissent.

Pour que ce plan santé mentale ne reste pas lettre morte, il faut un accord important de l'ensemble des professionnels, un vrai dialogue entre leurs représentations syndicales et institutionnelles, un vrai travail avec les représentants d'usagers et une concertation forte avec les pouvoirs publics. Certains proposent, pour ouvrir la psychiatrie, que des hommes politiques fassent partie des conseils de services ! Imaginerait-on la même chose en cardiologie ou en gériatrie où des problèmes de santé publique se posent de la même manière qu'en psychiatrie ?

Alors que j'avais terminé ce minicatalogue à la fois désabusé et révolté, j'entends une élève infirmière en stage interpellé l'infirmière référente au service : « comment traduire en diagnostic infirmier le fait qu'une personne refuse de sortir de la clinique parce qu'elle est prise d'angoisses massives à l'extérieur ? ».

Qui est exclu de quoi ? ■

*Ce texte mettant en cause le rapport Piel-Roelandt, Eric Piel y réagit en page 15 de ce bulletin.*

# Faut-il être optimiste ou pessimiste sur l'avenir de la psychiatrie ?

**Patrick CHALTIEL**

Psychiatre  
EPS Ville Evrard- Neuilly  
Sur Marne

**Au mi-temps de ma carrière, au seuil de l'accomplissement de mes ambitions professionnelles, une question, un dilemme me taraude : dois-je être un chef de service optimiste ou pessimiste ?**

Et comment mon équation personnelle au sein de cette dialectique influera-t-elle, en bien ou en mal, sur le secteur de Psychiatrie Publique Générale dont j'assume la charge de l'évolution et de l'avenir ? Cette question s'alimente à une actualité instable qui me procure un étrange sentiment de « labilité thymique » : je n'ai jamais entendu autant de « nous vivons une époque formidable et ça n'est que le début ! » que de « rien ne va plus et ça sera de pire en pire ! ». Qui plus est, chacune de ces positions s'appuie sur des arguments tout à fait convaincants et qui tour à tour emportent l'adhésion, à première lecture.

## **Quelques bons arguments pour le pessimisme psychiatrique**

1. Conjonction d'un accroissement spectaculaire de la demande de soins et d'une récession non moins marquée des démographies soignantes.

2. Déficit idéologique, pragmatisme défensif, bureaucratisation et contrôle obsessionnel des coûts et des résultats plaçant les choix cliniques et thérapeutiques sous tutelle de l'administration sanitaire et de l'assurance maladie.

3. Emiettement de la psychiatrie en sous-spécialités ; dispersion ; perte d'unité épistémologique, éthique, technique. Déclin « des humanités » psychiatriques. Déspécialisation du soin psy.

4. Centrement universitaire étroit sur un axe pharmaco-cognitivistique, visant à une extinction progressive par déficit d'enseignement des approches concurrentes en général et « subversives » en particulier.

5. Flou anomique quant à la place de la psychiatrie dans la société : subversion et détournement des missions de la psychiatrie vers l'expertise psychosociale, vers la contention et « l'adaptation » des souffrances psychiques induites par la précarité, par le chômage, par les traumatismes, et jusqu'au traitement des angoisses de civilisation !

6. Inégalité profonde et inhomogénéité du développement, au plan national, de la psychiatrie publique, démontrant la fugacité des volontés politiques et de l'humanisme social en matière de santé mentale et d'amélioration des conditions de vie des malades.

7. Mauvaise adaptation des moyens de la psychiatrie publique :

- au libre choix, par l'usager, de son psychiatre traitant
- aux problématiques de violence urbaine et à la dangerosité clinique
- à la précarisation et à la misère matérielle et affective des grands malades dans la cité
- à la nécessité pour certains de soins en long cours en milieu protégé
- à la nécessité, pour d'autres, de ne pas être confrontés, sous prétexte de soins intensifs, à une promiscuité avec des malades très graves.

## **Quelques « bons arguments » pour l'optimisme psychiatrique**

1. Développement de la demande vers une psychiatrie généraliste appelée à réduire toute souffrance psychique, y compris les plus « normales » (deuil, séparation, perte d'emploi et autres événements traumatiques, récents ou anciens).

La destigmatisation du soin psychiatrique, et donc, de la maladie mentale, en passe nécessairement par cette phase de sur-sollicitation au cours de laquelle chacun revendique la santé mentale comme un bien précieux et fragile.

La réduction des effectifs soignants

spécialisés va contraindre l'ensemble des acteurs sociaux, du citoyen à l'état, à renégocier, autour du patient et du triangle famille-médecin généraliste-psychiatre (co-acteurs de l'attention et du soin au malade), les moyens personnalisés à mettre en œuvre pour l'amélioration de son confort psychique, physique et social.

2. Disparition des idéologies « prêt à penser », des dogmes surmoïques. Eclectisme épistémologique des sciences cognitives (de la linguistique à l'Intelligence Artificielle, en passant par la neurobiologie). Eclectisme éthique et technique des psychothérapies.

Equilibre entre les aspects « universels » des maladies mentales et de leurs traitements et les déterminants locaux (familiaux communautaires, culturels,...) dans l'évolution et le « pronostic social » de ces catégories humaines que nous désigne la « nosographie universelle athéorique ».

Développement de méthodes d'évaluation adaptées à la psychiatrie afin de repérer de façon moins mythologique et plus scientifique l'efficacité des traitements.

3. Diversification des intérêts des psychiatres. Meilleurs échanges coopératifs et constructifs entre soignants d'obédiences différentes. Régression du manichéisme moral. Recherche de schèmes intégrant différents paradigmes (cybernétique, écologique, sociologique, neurobiologique, cognitiviste, systémique, psychanalytique).

4. Progrès constant de la psychopharmacologie depuis sa naissance il y a cinquante ans.

Avenir prometteur des neurosciences dans la connaissance du fonctionnement physiologique et pathologique du cerveau.

5. Reconnaissance des compétences des soignants psychiatriques dans de nombreuses problématiques psychosociales (maltraitance, abus sexuel, harcèlement moral, violence, criminalité, psycho-traumatismes, chômage, précarité et misère).

# Faut-il être optimiste ou pessimiste sur l'avenir de la psychiatrie ? (suite)

6. Réalisation progressive efficace et complète, en trente ans, des outils de base du soin psychiatrique proposé par la politique de secteur, et **ce à chaque fois que se sont rencontrées** : une volonté soignante dynamique, une volonté administrative déterminée et une volonté politique locale courageuse (soit sur le 1/4 du territoire national).

7. Critique et refondation des principes de base de la psychiatrie publique, intégrant de nouvelles nécessités pragmatiques :

- développement du travail multipartenarial en réseau, déjà fortement promu par la psychiatrie de secteur

- prise en compte du droit de l'usager comme fondement de la démarche de soins

- dialogue ouvert et honnête avec l'environnement familial et social du patient dans le respect attentif du meilleur équilibre entre confidentialité et partage nécessaire à une reconstruction des « contenus de l'intime » mis à mal par l'aliénation.

Au terme de ce petit inventaire, vous pourrez constater, point à point, que **chacun des arguments cités au service du pessimisme peut être inversé au bénéfice de l'optimisme et réciproquement. Nous voilà donc bien avancés !**

A quoi se fier, alors, pour résoudre notre dilemme ? [...]

Faut-il considérer ce questionnement sous l'angle du principe d'asymétrie entre optimisme et pessimisme énoncé par le philosophe Emile Chartier, dit Alain : « *le pessimisme est d'humeur, l'optimisme est de volonté* ».

Le pessimisme est la nature même de la conscience : sa douleur de se savoir éphémère.

L'optimisme est une sublimation, une éthique de la construction collective [...].

Pour ma part, je me construis ainsi, dans le silence réflexif, un « pessimisme de volonté », (par opposition au pessimisme d'hu-

meur) susceptible de m'affranchir des injonctions à l'optimisme et au bonheur qui avaient surchargé mon enfance.

**Où en suis-je donc, au terme de cette quête**, et quels jalons puis-je offrir à ceux qui accepteront de partager avec moi ces doutes et cette réflexion ?

Je me rallierai à cette citation de Bernard-Henri Lévy, qui me paraît rendre compte à merveille de ce « pessimisme de volonté » dont s'est doublé mon lourd héritage d'optimisme pré-contraint : « *le pessimisme ne vaut que s'il dépose, au bout du compte, une plage, mince mais dure, de certitudes et de refus* ». <sup>1</sup>

J'y ajouterai encore ceci, en conclusion provisoire : **Mes certitudes (minces mais dures) issues de ce pessimisme utile s'ordonnent autour de trois idées :**

1. La tendance lourde et naturelle de tout groupe humain, de toute société, de toute civilisation est au rejet, à la **maltraitance**, sous forme plus ou moins édulcorée, des personnes souffrant de troubles psychiques majeurs. En conséquence, la psychiatrie intégrative demeure et demeurera toujours, un combat, une lutte. Il n'y a de psychiatrie pacifique, rationaliste, détachée des passions que celle qui accepte la mise au rencart des malades mentaux. Je m'y refuse.

2. L'allié le plus probable du psychiatre qui mène la guerre à l'exclusion est la cellule de base du groupe social : **la famille**. C'est elle qui initiera le mouvement vers le « rejet naturel », ou bien qui relèvera le défi de l'intégration, selon la façon dont la psychiatrie l'encouragera et la soutiendra dans une voie ou dans l'autre. La famille est le pont entre la maladie et le soin. L'institution ne saurait s'y substituer utilement que sous la forme de groupes de dimension para-familiale intégrés à la cité et progressivement déspecifiés.

3. La « **méconnaissance** » du **trouble mental** (ou de l'origine mentale d'un trouble) est consubstantielle de notre métier et de notre éthique. On ne peut « raisonner » la méconnaissance (n'en déplaise au « cognitivisme idéologique », un schizophrène ne deviendra jamais un diabétique équilibré).

La psychiatrie, c'est l'art de négocier la méconnaissance avec le moins possible de recours à la contrainte ou au rejet.

Mais, bien au-delà, l'éthique du psychiatre consiste à combattre la méconnaissance sous toutes ses formes cliniques (le déni, le refus, la forclusion, la négation, le refoulement, l'oubli, la mystification, la mythification...) et sociales (populaire, politique, médiatique, scientiste, religieuse, sectaire...).

C'est sur cette couche, mince mais dure, de certitudes et de refus que je m'engage, poussé par mon pessimisme de volonté.

Loin d'un pessimisme d'humeur, contagieux et délétère, ce pessimisme humaniste m'engage à la vigilance extrême d'une « guérilla urbaine » jamais finie, à recommencer à chaque fois, avec chaque patient, chaque famille, chaque communauté.

A moi, les pessimistes ! L'asile touche à sa fin, la psychiatrie intègre la Cité.

Alors, « *si vis pacem para bellum* »\*.



## BIBLIOGRAPHIE :

<sup>1</sup> Bernard-Henri Lévy,  
*La Barbarie à visage humain*.  
Ed. Grasset, 1977

\* Locution latine  
signifiant « Si tu veux la  
paix, prépare la guerre »



# Santé mentale, psychiatrie, souffrance psychique

**La prise de conscience, de l'expansion du processus de précarisation a conduit, en France comme ailleurs, à la question du rapport entre l'état psychique des personnes concernées et leur statut socio-économique.**

**Jean-Pierre VIGNAT**

Psychiatre des Hôpitaux,  
CH Saint Jean de Dieu,  
Lyon

Le débat n'est pas académique mais politique, entre la responsabilité de l'individu et celle de la société. La psychiatrie, de plus en plus interrogée par les problèmes de société, a répondu avec ses outils avant de s'apercevoir qu'il lui fallait en inventer de nouveaux. Comme toute situation extrême, la précarité représente un analyseur de la démarche des disciplines qui tentent de la comprendre. La psychiatrie doit se saisir de cette opportunité.

Le problème de fond n'est sans doute pas celui de la référence psycho-dynamique, mais celui des superstructures étroitement liées à un objectif; que celui-ci ait été perdu ne change rien à l'affaire. Ainsi, le modèle « bio-psycho-social », notion valise par excellence, qui a permis jadis l'émergence oecuménique de la doctrine de secteur, est de peu d'utilité dans le champ de la désorganisation du lien social dès lors que celle-ci n'est pas la conséquence de la maladie mentale classique relevant de ce qu'on désignait comme « l'assistance ».

Les classifications standardisées, DSM et CIM\*, sont des outils pour l'épidémiologie et les domaines d'application de sa méthode. Elles répondent mal aux formes nouvelles de la clinique : les troubles de la personnalité, les états de souffrance, les troubles transnosographiques. En revanche, CIM et DSM conduisent des psychiatres à se dispenser de toute référence théorique. Cette confusion entre l'épidémiologie et la clinique soutient une lecture en termes de pathologie. Du coup, la représen-

tation de la précarité et du dénuement est centrée soit sur le trouble de l'individu soit sur la victimisation sociale. Dans l'un et l'autre cas, la question des aménagements défensifs et de l'interaction avec l'environnement est esquivée.

Le terme de souffrance psychique permet-il d'éviter cette impasse ? Sa mise en dialectique avec celui de souffrance sociale conduit à un consensus purement formel entre les acteurs du champ social et les professionnels du soin psychique, consensus qui ne résiste pas à l'épreuve du terrain. Le concept de santé mentale, de plus en plus utilisé, n'est pas d'un grand secours; en effet, soit il désigne la psychiatrie en tant que discipline médicale et dispositif de soins, soit il évoque la santé publique.

La précarité résulte de la perte d'une ou plusieurs des sécurités essentielles. L'aspect déficitaire n'est toutefois pas suffisant pour rendre compte du processus qui s'installe et qui conduit l'individu ou le groupe familial à ne plus pouvoir reprendre pied par lui-même. La souffrance psychique est-elle parfois à l'origine de ce processus ou en est-elle l'expression? Est-elle présente à la conscience, repérable dans le discours, ou n'est-elle exprimée qu'au niveau du comportement et du corps? Ses formes d'expression sont elles-mêmes sources de complications sociales, ainsi la consommation de substances psycho-actives. On croit connaître assez bien le processus de désinsertion, que connaît-on du processus de socialisation, de création et de développement du lien social? Le dénuement rend difficile ou compromet le travail de soin et de (ré)insertion sociale. Ce dernier peut-il être crédité d'une vertu thérapeutique quand il se donne pour objectif de restaurer un lien social attaqué par ce qui peut être lu comme la projection d'un appareil psychique, lui-

même développé dans un contexte familial et social désorganisé, non contenant, aux transmissions intergénérationnelles pathogènes ?

La question a-t-elle davantage de sens que celle concernant l'adaptation « du secteur » à la prise en charge des SDF? Les professionnels du soin psychique ne sont pas sans repères, dès lors qu'ils acceptent, ici comme dans d'autres domaines, d'être interpellés autant et plus comme spécialistes de la relation et de l'interaction que du traitement des maladies mentales. La clinique conserve tous ses droits et gagne fortement à s'inscrire dans une démarche d'analyse des cas et des situations sans chercher désespérément un formatage nosologique. A titre d'exemple, l'étude de l'investissement du temps et de l'espace, très déformé chez les SDF, mais altéré chez tous les sujets en précarité, représente à la fois un élément important de compréhension et d'approche pour cette population et un apport dans toute la pratique clinique. C'est également un facteur de lecture partagée avec les travailleurs sociaux. On pourrait aussi évoquer l'étude de l'effet de la projection de l'appareil psychique de sujets, ou de groupes familiaux à transactions psychotiques (ce qui ne veut pas dire que les individus soient cliniquement malades), sur l'organisation et le fonctionnement des équipes et des institutions sociales. La clinique, fondée sur l'expérience institutionnelle, est ici renouvelée.

(suite page 11)



\* Systèmes de référence reposant sur des listes de critères diagnostiques : le premier, produit par l'Association Américaine de Psychiatrie, le second par l'O.M.S.

# Précarité œdipienne, psychanalyse et psychiatrie publique

**Bertrand PIRET**

Psychiatre, psychanalyste,  
Strasbourg,  
Responsable de la  
Consultation  
Transculturelle de la fédé-  
ration de Psychiatrie des  
Hôpitaux Universitaires  
de Strasbourg

« Le désir est indestructible ».

Cette formule lacanienne transformée en dogme reste le credo de nombreux analystes. Il est pourtant clair qu'un certain nombre de personnes, marqué par la « précarité », nous enseigne l'inverse :

la demande chez eux a disparu, le désir semble s'être éteint, la parole se réduit et se limite au registre du besoin voire de la survie, le symptôme au sens strict est absent. Nous devons bien nous résoudre à en tirer une conclusion peu orthodoxe : la structuration œdipienne, qui fonde la subjectivité et autorise le jeu de la parole et du désir, est éminemment fragile. Elle nécessite des « conditions de possibilités » dont l'absence induit « une précarité désirante ». [...]

La parole et le désir, et donc solidairement l'Œdipe, nécessitent un cadre, un socle, une référence – comme on voudra – grâce auxquels la « souffrance » va pouvoir se dire symboliquement à travers les manifestations du conflit intra-psychique et du symptôme (au sens psychanalytique). Toutes les formes de « précarité » sont susceptibles de porter atteinte à ce « cadre » : précarité économique, sociale, politique, culturelle... Soit tout ce qui va désarrimer, désaffilier, le sujet de ses attaches, déconnectant ainsi, pour reprendre les termes de Pierre Legendre, « le sujet de l'inconscient » et le « sujet politique » dont l'intrication est nécessaire au régime de la vie humaine, à l'institution de l'humain comme sujet, par et dans les « institutions ».

Et la psychiatrie publique dans tout cela ? Son rôle est primordial en ce sens que les personnes concernées ont perdu – ou n'ont jamais eu – les moyens du recours aux soins psychothérapeutiques dans le système privé et libéral. Il n'est pas nécessaire de s'étendre sur les facteurs évidents qui interdisent

ce recours. En outre, la psychiatrie publique représente l'Institution au sens fort ; elle est susceptible d'opérer à travers le message qu'elle adresse à ces populations, la reconnaissance et le rétablissement des affiliations symboliques qui leur font précisément défaut. Encore faut-il qu'elle accepte et assume ce rôle et ne se retranche pas derrière une attitude hypocrite d'objectivité médicale ou de « purisme psychiatrique » qui réserve les soins aux pathologies psychiatriques lourdes et dûment identifiées (en pratique les grandes psychoses, aiguës ou chroniques). Elle doit aussi choisir entre un objectif restreint d'effacement des symptômes psychiatriques et un objectif plus ambitieux de défense et de restauration de la subjectivité des « usagers ». L'ambiance actuelle, comptable et pseudo-scientifique pourrait à vrai dire rendre pessimiste...

Relatons pourtant l'expérience menée à Strasbourg depuis maintenant 11 ans. Elle indique que tout espoir n'est pas forcément perdu. Nous nous sommes adressés à une population précise : les migrants, demandeurs d'asile et réfugiés (et leur famille), marquée par une « précarité » linguistique et culturelle (à laquelle s'adjoint très souvent les autres formes de précarité, même s'il ne s'agit pas toujours de « grands exclus »). Comment favoriser l'accès aux soins de ces populations ? Comment leur donner – ou redonner – la parole sinon en tentant de reprendre langue avec eux ? Il est nécessaire – à moins de se satisfaire d'une psychiatrie d'inspection ou vétérinaire c'est-à-dire sans parole – de faire intervenir des interprètes professionnels. Seul un service public est susceptible d'en assurer la charge financière (il est impossible pour l'instant de mettre à disposition des interprètes dans les cabinets libéraux...). Les Hôpitaux Universitaires comme les éta-

blissements de santé mentale de la région jouent le jeu, et assument ce rôle de service public. Un partenariat s'est mis en place avec l'association Migrations Santé qui recrute, forme et fournit les interprètes. Les effets de ce dispositif sont patents : mise en place de soins psychiatriques et de travail psychothérapeutique au long cours en langue maternelle si nécessaire (ce qui n'était jamais le cas auparavant) ; constitution d'un réseau de partenaires sociaux, médicaux, institutionnels et associatifs concernés par la souffrance psychique des migrants et des réfugiés et qui trouvent dans la Consultation Transculturelle un recours aux difficultés et impasses qu'ils rencontrent.

## Soulignons deux points essentiels :

• **D'une part, une offre a été faite** (qu'on insiste sur l'accès aux soins ou sur l'offre de parole, peu importe), claire, en direction de populations précises. Comme on pouvait s'y attendre, reproche nous a été fait de contribuer à la stigmatisation de ces populations ! Alors que l'objectif est inverse : signifier par cette offre publique la reconnaissance de leur commune appartenance aux institutions (de soins) de la République.

• **D'autre part, cet exercice particulier nous a confronté à l'exigence de l'interdisciplinarité**, et nous avons dû rapidement en rabattre par rapport à une imaginaire attitude psychanalytique « orthodoxe ». Nous sommes plongés avec ces patients dans des problèmes sociaux, économiques et administratifs de tous ordres. Refuser de les entendre et de les prendre en compte, confier ces problèmes à un spécialiste de la précarité sociale, en maintenant de façon étanche les registres, n'a pour effet que de saper à la base les possibilités d'accrochage transférentiel,

# Précarité œdipienne, psychanalyse et psychiatrie publique (suite)

<sup>1</sup> Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

<sup>2</sup> Réseau « RESPIRE » : Réseau d'accueil psychologique des familles immigrées et réfugiées.

<sup>3</sup> Association Parole sans frontière  
5 rue Grandidier  
67000 Strasbourg,  
tél. 03 88 37 95 45  
fax 03 88 14 03 43.

qui reste le seul moteur d'une resubjectivation possible. C'est dire que l'attention aux facteurs de précarité n'est pas un obstacle à la visée psychanalytique, mais un élément nécessaire de celle-ci ! Il n'y a aucune contradiction si la visée reste claire : celle de faire accéder le sujet à la dimension de son désir, et si la position du thérapeute l'est tout autant : assumer celle de l'analyste, même dans l'inconfort de ces situations atypiques. A ce titre, et comme énoncé plus haut, c'est l'ensemble des conditions de possibilité de la parole et du désir qui doit concerner le psychanalyste, et il ne peut les esquiver.

Récemment, grâce au soutien notamment de la DRASS dans le cadre du PRAPS<sup>1</sup>, nous avons commencé à donner une extension à ce dispositif en réseau<sup>2</sup>, en formalisant et coordonnant les liens de travail avec les partenaires, déjà présents et nouveaux (tant dans le champ de la santé mentale que dans celui du travail social et associatif). Nous sommes dotés d'une structure associative (association Parole sans frontière<sup>3</sup>) qui travaille main dans la main avec la Fédération de Psychiatrie

des Hôpitaux Universitaires, et permet une grande souplesse de fonctionnement (malgré les aléas des financements et les méandres compliqués des voies administratives...). Un enseignement et la transmission d'un travail de recherche à propos de « l'interculturel » assuré notamment au sein de la Faculté de Médecine a permis pendant 11 années de séminaire d'obtenir une sensibilisation des acteurs locaux et semble pouvoir désormais déboucher sur une réelle modification des pratiques.

La psychiatrie publique peut donc remplir un office original si les acteurs responsables en ont la

volonté. En a-t-elle les moyens ? Là encore, financements et postes ne sont jamais acquis à l'avance et dépendent de la force de conviction de ces mêmes responsables ! La Consultation Transculturelle de psychiatrie de Strasbourg fonctionne pour l'essentiel grâce à un temps partiel de psychologue et à des attachés, par ailleurs psychiatres libéraux (dont je suis), d'où peut-être une plus grande liberté vis-à-vis de l'institution. Dans les autres secteurs, l'activité interculturelle repose sur l'implication de collègues intéressés par les découvertes et l'enrichissement clinique et humain que peuvent apporter ces nouvelles pratiques, et sur le soutien des chefs de service. ■



## Santé mentale, psychiatrie, souffrance psychique (suite)

<sup>2</sup> On sait maintenant que le phénomène des homeless a démarré aux Etats-Unis dix ans avant la désinstitutionnalisation psychiatrique ; la prévalence des troubles mentaux chez les SDF va de 16 à 97% selon les études avec de nombreux biais ; cf. J.-P. Vignat « Projet de recherche intégré à la mise en place d'une équipe interface SDF sur la ville de Lyon », Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, 1997, N° 9, 64-73.

Le secteur, entendu comme aire géodémographique desservie par une équipe chargée de la prévention et du soin en matière de maladies mentales, n'est pas fait pour les populations en précarité. Le secteur répond bien, du moins jusqu'à ce que les moyens lui fassent défaut, aux troubles mentaux classiques et à leurs conséquences sociales. Il n'a pas été pensé pour répondre aux nouvelles pathologies ni aux situations fortement intriquées à l'expression sociale. Le discours sur la prévalence très élevée des troubles mentaux dans la population en

précarité, à proportion de son dénuement, mise au compte de la désinstitutionnalisation et du rejet d'un effectif élevé de malades par le secteur, est une contrevérité épidémiologique<sup>2</sup> en même temps qu'il vise à dédouaner le groupe social de toute responsabilité.

Par contre, le service public de psychiatrie, assuré par les équipes de secteur, est adapté, ou plutôt est en capacité de s'adapter, à cette nouvelle donne, à plusieurs conditions : l'abandon de la référence incantatoire à « la doctrine de secteur » qui exprime la résis-

tance à toute initiative communautaire et transversale, l'acceptation et même l'intérêt d'avoir à connaître des sujets qui, pour la plupart, ne souffrent pas de troubles « avérés » et, pour autant, peuvent présenter des symptômes tout comme dans les états de crise, la curiosité de revisiter la clinique en référence à la psychodynamique et d'en tirer les outils de lecture spécifiques aux psychistes et ceux qui peuvent être communs avec les acteurs sociaux. ■

# Une manière de voir la politique de santé mentale en France<sup>1</sup>

Nicole GARRET-GLOANEC

Pédopsychiatre  
Centre Nantais de la  
Parentalité, Secteur 2 de  
Psychiatrie Infanto-Juvenile  
CHU de Nantes

**En France, l'organisation de la santé publique se fait suivant deux axes. Le premier est celui des Agences Régionales d'Hospitalisation, axe fondé sur le sanitaire, c'est à dire le pathologique (même s'il intègre la dimension de prévention) et le thérapeutique.**

Le monde hospitalier et médical reçoit ses moyens directement de la loi de financement de la Sécurité Sociale votée par le Parlement. Le deuxième axe est celui des Conférences Régionales de Santé et des Observatoires qui s'appuie sur l'expression des populations, la santé publique et les actions de prévention des grands fléaux, suivant une tradition hygiéniste. Ces deux approches s'affrontent actuellement et la santé mentale est sans aucun doute le terrain des conflits les plus aigus. Il est donc indispensable pour nous de comprendre les options sous-jacentes, non dites mais mises en œuvre par le gouvernement, afin de permettre à chacun de faire ses choix et d'en percevoir les conséquences comme les significations.

La psychiatrie se situe dans le premier champ, celui du sanitaire qui délivre un soin à un individu malade dans une relation contractuelle personnelle. La prévention comme la réhabilitation sont appréhendées de manière individuelle. Si des mesures collectives sont développées, elles le sont dans le cadre d'une organisation institutionnelle mais restent toujours destinées à toucher la personne dans ce qu'elle a d'unique. La personne malade s'adresse au dispositif déjà mis en place mais son parcours thérapeutique se déroule de façon originale. Ce dispositif est, lui, proposé pour traiter des individus atteints d'une pathologie mentale ; c'est dans ce dispositif que les caractéristiques de la pathologie sont identifiées et le traitement défini. L'analyse psychopathologique individuelle permet de retrouver les facteurs

complexes, bio-psycho-sociaux, qui ont concouru à la décompensation morbide ou à ses conséquences. Ces données peuvent être proposées dans une offre globale sous forme de dispositifs thérapeutiques, d'accueil, d'équipement mais la dimension individuelle, subjective est infranchissable. On ne traite pas un patient en fonction d'une appréciation générale des besoins.

L'ascension du fait psychiatrique, et médical sur un plan plus général, reliée à des transformations de la société provoque un afflux des demandes dirigées vers la psychiatrie et vers les médecins. Parallèlement, la population exige une résolution médicale et scientifique de ses difficultés de vie. Les politiques, confrontés aux mouvements sociaux et aux conséquences économiques de ces mêmes troubles psychosociaux, n'ont d'autre solution que sanitaire.

**Toutefois, face à ce raz de marée des demandes de soins**, que l'on pourrait interpréter comme la nécessité d'apporter un soin à la société elle-même, les politiques ne peuvent poursuivre les orientations prises après-guerre avec la création de la Sécurité Sociale, le développement des traitements individuels, coûteux, dont l'efficacité ou le rapport investissement/résultat reste discutable et aussi inévaluable que ne peut l'être le coût d'une vie. Les conséquences budgétaires deviennent impossible à maîtriser, et les dépenses aussi faramineuses, dit-on, que les déficits prévisibles de la Sécurité Sociale.

A partir de cette analyse, les politiques sociales de tout bord se rejoignent, un coût est un coût, l'habillage peut changer mais les orientations demeurent. En France, nous avons l'apanage du social, les USA celui du libéralisme, mais le souci est le même. Les nécessités sont partout identiques. L'OMS les résume et nul ne songerait à la critiquer : la santé

était l'absence de maladie, elle est devenue un équilibre adaptatif. Il n'existe aucune limite au bien-être, la maladie est désormais un défaut du mieux-être.

Jusqu'ici, la maladie mentale régulaient en quelque sorte les flux. La psychiatrie générale en tant que psychiatrie primaire avait organisé ses réponses soignantes, suivant une logique de réseau centrée sur la maladie et le malade, avec recherche de projets différenciés pour chacun. Mais la psychiatrie centrée sur la maladie mentale, même élargie à la psychopathologie, ne répond pas aux préoccupations des politiques tournées vers l'équilibre des citoyens afin qu'ils conservent leur potentiel de santé et, ainsi, leur insertion sociale et leurs performances économiques.

**La commande qui nous est faite n'est plus celle de prendre en charge la maladie, elle est d'apporter des réponses à la souffrance psychique** (comme réaction traumatique à un fait social). Le bornage pathologique n'a plus cours, la souffrance psychique exige un soignant et oppose la multiplicité des modes d'expression à ce qui était approché par la voie de la maladie. La souffrance psychique est partout, il nous faut la traquer dans une logique de complémentarité. L'enjeu est de drainer cette souffrance psychique, ce n'est plus celui de guérir. Il faut maintenant prévenir l'apparition ou l'aggravation des troubles. Les flux, s'ils se dirigeaient vers une réponse sanitaire et thérapeutique, ne pourraient plus être contrôlés. Ils ne sont pas programmés, nous ne pourrions plus les contenir. Il faudra alors leur permettre de s'écouler. Pas d'arrêt sur image. Les actions soignantes, quand elles devront relever du registre sanitaire (comme échec de la prévention), devront être courtes afin de ne pas entraver l'écoulement de ce flux. Nul ne doit rester sans aide mais nul ne doit rester longtemps dans

<sup>1</sup> Nous remercions la revue « L'information psychiatrique » et Nicole GARRET-GLOANEC de nous avoir autorisés à reproduire de larges extraits du texte intitulé « La politique de santé mentale en France » (in « Les infos de l'Information Psychiatrique », N° 10-déc. 2001).

# Une manière de voir la politique de santé mentale en France (suite)

le cadre sanitaire (ici psychiatrique).

Nous sommes dans une modification complète du cap donné à la psychiatrie. Nous ne le comprenons pas. Nous raisonnons encore dans le champ de la maladie quand il s'agit du champ de la santé. Sans doute nos politiques ne nous aident pas dans cette compréhension. Ils semblent ne pas vouloir révéler la nature de leur choix politique et garder les intérêts d'un système tout en basculant dans l'autre. Ils veulent garder les apparences du sanitaire avec la caution du médical dans ce qui devient du social.

Le socle change, l'usager est certes au centre du dispositif mais il ne l'est plus en tant que personne unique telle que nous la définissons, il l'est en tant que membre d'un corps social, indissociable de la population à laquelle il appartient. La personne est pleine d'incertitudes dans son devenir face à sa pathologie et nous ne pouvons dire quels en seront les bénéfices et les effets négatifs ou positifs. L'évaluation est périlleuse. Par contre à l'échelle d'une population, et nous le voyons dans les circulaires citées préalablement, nous pouvons calculer les facteurs de risque, les mettre en évidence, isoler des populations cibles. Ce n'est plus la maladie qui invente la clinique, c'est l'épidémiologie. A l'échelle de la population la santé est prédictive, elle a des effets certains sur le futur ce qui ne peut qu'être approximatif pour la personne traitée pour une maladie. Les facteurs de risque se définissent en termes de troubles et plus précisément de comportement. Nous comprenons mieux comment la logique sociale de la gestion actuelle de la santé rejoint celle des USA ; et dans ce contexte, le DSMIV, préféré aux classifications se référant aux concepts psychopathologiques, n'est pas choisi par hasard.

La souffrance psychique sera analysée dans ses composantes pour déterminer des facteurs de risque, puis des évaluations, des actions de prévention, des protocoles enfin dont les individus seront la cible, mais toujours au milieu de la population ou du groupe auquel ils appartiennent. La politique de santé devenue hygiéniste, recherchera les causes générales plutôt que les causalités complexes individuelles.[...]

**La gestion des risques et leur prévention à hauteur des populations est une logique assurantielle.** Suivant les caractéristiques sociales, psychologiques, médicales (génétiques et familiales) il est possible de déterminer statistiquement les risques et de catégoriser les individus. C'est dans ce cadre que les *Health Maintenance Organization* se sont déployées. La maladie mentale, socle du secteur, s'efface non seulement comme représentation mais aussi comme conception de la personne face à une conception d'usager, individus

appartenant à une population donnée.

**La psychiatrie devenue santé mentale change complètement de cap.** Nous pouvons reprocher à nos politiques et administratifs de ne pas énoncer clairement le bouleversement qu'ils engagent et leur reprocher également de ne pas avoir le courage de le mener jusqu'à son terme. Car pourquoi vouloir donner une caution médicale à ce qui sera un plan de gestion des facteurs de risque, fondé sur l'épidémiologie et non pas sur la maladie. Depuis qu'il s'avère que les hommes politiques peuvent être responsables mais non coupables, nous pouvons craindre de n'être pas responsables mais coupables. Voulons-nous nous engager dans cette orientation de la médecine ? La psychiatrie ne peut-elle continuer à tenir sa place scientifique, au même titre que les autres disciplines médicales ? Les politiques veulent notre caution, est-elle nécessaire ? ■



# Le métier de psychiatre et la précarité

**Le débat ouvert par la rédaction de Rhizome apparaît, pour l'observateur extérieur que je suis, révélateur de l'état de la psychiatrie publique.**

**Philippe DAVEZIES**  
Enseignant chercheur en  
Médecine et Santé au  
Travail.  
Université Lyon 1

En effet, il n'est pas certain que l'idée selon laquelle la psychiatrie aurait à s'occuper d'une façon ou d'une autre de la souffrance psychique soit contestée en tant que telle. Les inquiétudes et oppositions exprimées tiennent plutôt au contexte dans lequel émerge cette question. La critique souligne avec force deux écueils des tendances actuelles : la perte des repères face à la multiplication des urgences sociales et la disparition de la psychiatrie comme discipline médicale orientée vers la prise en charge des malades mentaux.

**1. La perte des repères** tient à la multiplication des sollicitations : maltraitance, abus sexuels, dangerosité, violence, catastrophes, licenciements, précarité, misère, etc... Questions vis-à-vis desquelles la doctrine reste bien souvent à élaborer.

Cette situation se traduit par une fragmentation de la psychiatrie en une multiplicité de sous-spécialités. Ce foisonnement de méthodes comporte un fort potentiel de dérives dès lors qu'il s'accompagne d'un effacement des repères éthiques communs.

Ces inquiétudes prennent un relief particulier lorsqu'elles sont resituées dans le contexte d'une société qui exige de chacun, comme jamais auparavant, autonomie, réactivité, mobilité.

Dans ce contexte, la question du rapport au temps devient cruciale. Tout pousse à un raccourcissement des temporalités, à une focalisation sur l'urgence du besoin, là où la demande exigerait du temps.

Tous ces éléments font craindre l'évolution vers une psychiatrie adaptative vouée à accompagner la marche en avant, à prendre en charge ceux qui n'arrivent pas à

suivre et à contenir ceux qui ne jouent pas le jeu. Les constats sur le déclin des « humanités » et sur la montée de l'anomie, s'ils sont partagés, sonnent comme un signal d'alerte.

**2. La disparition de la psychiatrie en tant que discipline médicale** est présentée comme un processus en cours. Sont évoquées la désertification du secteur, la masse de postes inoccupés, la pression comptable sur les moyens, la perte des compétences et la difficulté à maintenir la qualité des soins. La perspective de l'orientation des moyens disponibles vers les nouvelles demandes fait craindre la disparition du médecin et celle, corrélative, du malade.

Certes, dans notre pays, la santé a été envisagée essentiellement sous l'angle du soin, au détriment de la prévention. Le nécessaire rééquilibrage implique donc de reconsidérer la place des médecins. Mais, cette perspective est aussi porteuse, vis-à-vis des malades, de menaces qui légitiment l'inquiétude et la vigilance. La société dans laquelle nous vivons exalte la compétition. En matière économique, le vocabulaire est celui de la guerre. L'utilitarisme dominant conduit à admettre le malheur des uns au nom du « bonheur » des autres. La tendance au rejet de ceux qui ne sont pas aptes à suivre est donc toujours présente. Les menaces eugénistes réapparaissent. Tout cela justifie le « pessimisme de volonté » affirmé par Chaltiel. Le pire est toujours possible et il est bien de la responsabilité des médecins de protéger les malades et de lutter pour maintenir la qualité des soins.

Mais la même responsabilité médicale impose aussi d'élargir le champ. En effet, même si leurs manifestations de souffrance ne rentrent pas dans les cadres nosographiques traditionnels, les populations frappées par le malheur social payent un tribut important

en terme de morbidité et de mortalité. Une souffrance psychique qui tue ne peut pas être ignorée par le médecin. C'est probablement pourquoi l'ensemble des contributions soutient, malgré les difficultés et l'insuffisance de moyens, la nécessité d'articuler le soin aux malades et la prévention, le psychique et le social.

**3. L'articulation du psychique et du social** impose alors de revisiter les modèles théoriques.

Vignat souligne le décalage entre le modèle traditionnel selon lequel la maladie mentale entraîne une rupture des liens sociaux, et les situations rencontrées actuellement dans lesquelles c'est la rupture des liens sociaux qui est à l'origine de pathologies physiques ou mentales. Ce retournement oblige à reconsidérer les relations entre ces différents termes dans une perspective préventive de santé mentale mais aussi dans la perspective d'un retour positif sur la prise en charge des malades.

Enfin, ce numéro de Rhizome montre que la psychiatrie elle-même est précarisée. Les difficultés évoquées – pression des logiques financières, dégradation de la qualité du travail, attaque contre les valeurs investies dans l'activité – sont cause de souffrance psychique dans l'ensemble du monde du travail. **La vigueur du débat montre que ce qui permet aux psychiatres de préserver leur santé, c'est, comme pour les autres travailleurs, leur métier.** C'est le rapport au réel du travail, tel qu'il s'exprime dans le cadre du métier, qui assure le lien évoqué par Piret entre « sujet de l'inconscient » et « sujet politique ». Dans la mesure où l'irruption de la souffrance psychique sur la scène sociale est liée à la déstructuration des collectifs de métier, le débat actuel nous porte bien au cœur de la question. ■

**Je ne peux laisser sans réagir  
le texte de mon collègue  
Pidolle**

**Eric PIEL**

Psychiatre,  
co-auteur du Rapport  
Piel-Roelandt « De la  
psychiatrie vers la santé  
mentale », juillet 2001.

C'est bien parce que nous avons fait le même constat de carence et d'abandon de la psychiatrie d'une part et de l'indispensable engagement de la société, des responsables politiques, pour la dimension santé mentale d'autre part, que nous avons proposé un projet qui réaffirme la nécessité de prendre la mesure de l'enjeu en terme de santé publique, de politique et d'économie.

« Une psychiatrie exclusivement communautaire qui au nom de la suppression de l'asile en arrive à nier l'existence de la maladie mentale pour en faire un problème social traité par les institutions sociales » !

En fait, n'avons-nous pas parlé d'une psychiatrie de proximité et de continuité dans la cité ? N'est-

ce pas le fond de la politique de secteur ? Refuser cela n'est-ce pas refuser la sectorisation ? Il faut alors le dire.

On n'oublie (pas) simplement la dimension intra-psychique de l'individu, simplement on n'en fait pas son unique dimension et nous pensons ne pas être compétents pour toute sa complexité. Nous avons besoin des autres, simplement, en toute humilité. Nous avons réaffirmé la nécessité, pour les professionnels en psychiatrie, de soigner dans la cité et non pas de garder dans les hôpitaux en raison des carences sociales contre lesquelles il faut lutter. Il n'est pas question de faire « traiter » qui que ce soit par le social mais, en revanche, il est question de ne plus nous faire jouer un rôle de « palliatif social ».

Nous n'avons ni cautionné les dérives actuelles dans les « filières », ni les dérives hospitalières par défaut de moyens, d'engage-

ment des politiques et/ou de dynamique professionnelle.

Nous avons souhaité une prise de position du gouvernement qui, après un si long silence, manifeste enfin un réveil, une prise de conscience et des engagements opposables. C'est fait.

A nous de présenter l'exigence de la mise en acte complète du plan santé mentale. A nous de montrer notre exigence pour les moyens nécessaires à l'application de ce plan.

Donc, et je suis tout à fait d'accord : « pour que ce plan santé mentale ne reste pas lettre morte, il faut un accord important de l'ensemble des professionnels, un vrai dialogue entre leurs représentations syndicales et institutionnelles, un vrai travail avec les représentants d'usagers et une concertation forte avec les pouvoirs publics ».

Mais là c'est un autre problème, tout simplement. ■



**NOTE AUX LECTEURS**

Ce premier volet sur l'avenir de la psychiatrie publique se présente sous la forme d'un forum où s'expriment de libres opinions qui privilégient l'ouverture au débat, à partir d'une « mise à plat » des positions.

Les rubriques habituelles : « Le coin du clinicien » et « Sur le terrain des pratiques » sont absentes de ce numéro par abondance de matière.

Les deux numéros suivants envisageront successivement l'héritage et l'avenir de la psychiatrie de secteur. Pussions-nous contribuer à promouvoir une réflexion collective, en sincérité et en intelligence, pour tous ceux qui sont concernés, et ils sont nombreux, par la rencontre de la santé mentale et d'une société traversée par la précarité.

Les réflexions de nos lecteurs sont les bienvenues.

**DERNIÈRE MINUTE :** ce numéro est bouclé au lendemain du premier tour des Présidentielles. Au-delà du choc immédiat, une réflexion actualisée sur le rapport entre Politique et Santé mentale fera l'objet d'un article dans le numéro prochain sur l'« Héritage ».

## Nous avons lu :

### ■ L'extermination des malades mentaux dans l'Allemagne nazie

Alice Ricciardi von Platen – Collection « Des Travaux et des Jours » - Ed. Erès, 2001

Un ouvrage désormais classique. La lettre quasi confidentielle d'Hitler commanditant l'œuvre funeste doit être lue et méditée.

### ■ L'Institution soignante

Sous la direction de Claude Wacjman et d'Edwige Pasquier  
Psychologie clinique N° 12, Ed. L'Harmattan, 2001

On note la question posée par Olivier Douville : *L'institution « has been » ?* Une réflexion bien venue en ce moment de débat entre la psychiatrie et la santé mentale.

### ■ La souffrance psychique du bébé

Approches pluridisciplinaires  
Sous la direction de Pierre Delion - Collection *La vie de l'Enfant*, Ed. ESF, 2002

Cet ouvrage, passionnant pour les non initiés à la psychiatrie du bébé, légitime dans son champ propre la notion de souffrance psychique, issue de la clinique psychosociale.

### ■ La santé mentale des Français

Ed. Odile Jacob, 2002

Cet ouvrage collectif, sous la direction de Raymond Lepoutre et de Jean de Kervasdoué, vient opportunément constituer une mine d'informations et de réflexions indispensables à qui veut réfléchir aujourd'hui sur des bases critiques.

## Informations

### ■ L'Action sociale

La Loi du 2 janvier 2002 rénove le cadre de l'action sociale et médico-sociale, près de 27 ans après la loi du 30 juin 1975.

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, J.O du 3-01-02.

## Agenda

### ■ XXXV<sup>ème</sup> Congrès National UNAFAM les 3 et 4 mai 2002 à Strasbourg

« De l'Hôpital vers la cité, à la recherche des chaînons manquants »

Lieu : Palais de la musique et des congrès de Strasbourg

Contact : UNAFAM Bas-Rhin - Tél : 03 88 65 96 40 ou 03 88 79 09 40

### ■ 11<sup>èmes</sup> Assises de PSYGE les 3 et 4 mai 2002 au CHI de Créteil.

Précarité, violences et souffrances psychiques.

Renseignements et inscriptions - Tél : 01 45 17 51 27 - Fax 01 45 17 51 22

E-mail : Valerie.Rodier@chicreteil.fr

### ■ XI<sup>ème</sup> Séminaire du C.E.D.E.P (Comité Européen : Droit, Ethique et Psychiatrie)

Transmission et Identités

18, 19 et 20 mai 2002 à Collioure (France).

Renseignements et Inscriptions au secrétariat du séminaire:

Dr Bruno Gravier - S.M.P.P, 18, avenue Sévelin - 1004 Lausanne (Suisse)

Fax 00-41 21 626 13 30 - E-mail Bruno.Gravier@inst.hospvd.ch

### ■ 27<sup>ème</sup> Congrès national de médecine et santé au travail à Grenoble

Du 4 au 7 juin 2002

Renseignements : Comité d'Organisation - Tél : 04 76 76 92 16 ou 04 76 14 53 22.

Site Internet [www.medecine-sante-travail.com](http://www.medecine-sante-travail.com)

### ■ « Le service public à l'épreuve de l'exclusion. Vers une politique partenariale »

Journée de rencontre mardi 11 juin 2002 CH Sainte Anne 1, rue Cabanis – Paris 14<sup>ème</sup>

Renseignements et inscriptions - Tél : 01 45 65 87 95

### ■ VIII<sup>èmes</sup> Rencontres de la C.R.I.E.E : Résistances

Les 28 et 29 juin 2002 au Cercle Colbert à Reims

Renseignements : Tél : 03 26 40 01 23 - Fax 03 26 77 93 14

RHIZOME est un bulletin national trimestriel édité par l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ORSPERE-ONSMP) avec le soutien de la Direction Générale de l'Action Sociale  
Directeur de publication : Jean FURTOS  
Secrétaire de rédaction : Claudine BASSINI

#### Comité de rédaction :

- Guy ARDIET, psychiatre (St Cyr au Mont d'Or)
- Jean-Paul CARASCO, infirmier (St Maurice)
- François CHOBÉAUX, sociologue (CEMEA Paris)
- Valérie COLIN, docteur en psychologie, Orspere
- Jean DALERY, prof. de psychiatrie (Univ. Lyon 1)
- Philippe DAVEZIES, enseignant, chercheur en médecine du travail (Univ. Lyon 1)
- Gilles DEVERS, avocat (Lyon)
- Bernard ELGHOZI, médecin (Réseau Créteil)
- Marie GILLOOTS, pédopsychiatre (Vénissieux)
- Jean-François GOLSE, psychiatre (Picauville)
- Alain GOUFFÈS, psychiatre (UMAPP Rouen)
- 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 MONDIÈRE, psychologue (Lille)
- Pierre MORCELLET, psychiatre (Marseille)
- Christian MULLER, psychiatre (Lille)
- Jean PERRET, président d'association (Lyon)
- Eric PIEL, psychiatre (Paris)
- Christiane RICON, Directrice Etablissement Social
- Olivier QUEROUIL, conseiller technique fonds CMU (Paris).

#### Contact rédaction :

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



CH Le Vinatier, 95, Bd Pinel  
69677 Bron Cedex  
Tél. 04 37 91 53 90 Fax 04 37 91 53 92  
E-mail : [orspere@ch-le-vinatier.fr](mailto:orspere@ch-le-vinatier.fr)  
Web : [www.ch-le-vinatier.fr/orspere](http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere)

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

Tirage : 8 000 ex.

ISSN 1622 2032