

Bulletin national santé mentale et précarité

La psychiatrie publique en questions

2^{ème} volet : *Un héritage à réinventer*

édito

Jean FURTOS

Oui, la circulaire de 1960 fut un texte révolutionnaire pour la psychiatrie de secteur, qui pourtant n'a jamais connu d'âge d'or.

Ce texte s'est en effet heurté à 12 ans d'inertie quasi totale. Des équipes pionnières, il est vrai (associations et service public), ont su utiliser les sources de financement, très ouvertes à l'époque, pour constituer des équipes et des pratiques qui ont fait référence. LE modèle était là, l'enthousiasme aussi. Mais le dispositif dans son ensemble résistait de toutes ses forces.

A partir de 1985, une loi légitime la circulaire et unifie les sources de financement... dans les suites du choc pétrolier. Malgré tout, les dispositifs afférents au secteur se développent dans toute la France, non sans disparités. Mais la psychiatrie de secteur était chahutée par trois sortes de questionnement incessants :

- Celui de l'extension de la clinique, qui a été en partie récusée : addiction alcoolique, toxicomanies, délinquance des jeunes, psychiatrie de liaison, psychopathologie de la modernité avancée.
- La question de la gestion des risques qui porte le paradigme bio-psycho-social à un niveau de «causalité molle à quantité de facteurs bio-psycho-sociaux» ; on construit des *populations* à risque, la souffrance psychique devient écart à la norme : c'est la santé mentale vue d'avion, cartographie froide et trop distanciée pour beaucoup de cliniciens car ils y voient la disparition du sujet.
- A l'inverse, la question de la santé mentale vue au prisme de l'approche locale (20 ans de politique de la ville et de dispositifs sociaux transversaux) a fait apparaître une souffrance des *individus* rencontrés par des intervenants de terrain; ici la santé mentale est trop chaude, et dés spécifique, pour ceux des cliniciens psy qui ont pensé pouvoir «s'exclure de la question sociale».



En réalité, il semble s'agir maintenant d'un même enjeu de reconnaissance pour le schizophrène, l'adolescent en galère, le Rmiste : exister comme sujet sur la scène publique et citoyenne; même combat mais pas même " traitement ". Ne peut-on reconnaître que les psy de secteur sont devenus, la plupart du temps à leur corps défendant, des acteurs de santé mentale, improvisant un texte non écrit avec leur savoir propre et avec d'autres ? A ce jeu, la psychiatrie se restaure dans sa spécificité, s'articulant avec ses partenaires en se distinguant d'eux.

Si les héritiers de la circulaire de 1960 sont embarqués, en tant que psy, dans l'aventure de la santé mentale, avec leurs valeurs et leur savoir, faudra-t-il attendre 12 ans pour l'admettre et en tirer les conséquences ?

Au sommaire

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

DOSSIER

Le Paradigme fondateur du secteur : le désaliénisme, à contre-courant
Paul BRETÉCHER p. 2 et 6

Chronique sur 35 ans de sectorisation psychiatrique Jean-François BAUDURET p. 3/4

Les résistances à la psychiatrie de secteur, dès l'origine
Jacques HOCHMANN p. 5/6

Le secteur : quel bazar ! Jean PERRET p. 7

Le modèle bio-psycho-social
Interview de Michel REYNAUD p. 8

Autrefois comme aujourd'hui, les trains qui passent... Gérard MASSÉ p. 9

Précarités : extension du domaine de la clinique Jean-Pierre MARTIN p. 10

La psychiatrie aux risques de la santé Anne GOLSE, Laurent BOCENO p. 11

20 ans d'expérience locale en santé publique : quelle contribution pour le débat psychiatrie/santé mentale
Fernando BERTOLOTTI p. 12/13

APRÈS LES ÉLECTIONS PRÉSIDENTIELLES
Christian LAVAL p. 14

LE COIN DU CLINICIEN p. 15

ACTUALITES p. 16

Le Paradigme fondateur du secteur : le désaliénisme, à contre-courant

Le terme de «désaliénisme» est dû à Lucien Bonnafé* qui l'a forgé comme un mot valise pour désigner l'esprit et la méthode président, selon lui, à la mise en place d'une politique de psychiatrie de secteur.

Paul BRETÉCHER
Praticien Hospitalier
(Corbeil),
Psychanalyste

Par sa construction même, le mot «désaliénisme» associe l'idée de désaliénation et celle de rupture avec le système asilaire. Ce vocable qui émaille maints textes de Bonnafé n'a pas connu un grand succès comme si ce qu'il désigne était hors actualité.

Pour beaucoup aujourd'hui en effet, la problématique de la désaliénation est surannée. En psychiatrie, on ne parle plus d'aliénation mentale et la figure de l'aliéniste à la De Clérambault appartient au passé. Au plan socio-politique, le concept d'aliénation a pâti du désintérêt pour les recherches inspirées du marxisme. Désormais, quand les psy croisent des sociologues, leurs débats empruntent un autre vocabulaire. Ils parlent d'exclusion, de discrimination, de désaffiliation. Quant au système psychiatrique, les critiques portent surtout sur ses insuffisances : manque de moyens, d'ouverture à la cité, faiblesse des dispositifs de réinsertion...

Mais ces approches résolument modernes considèrent souvent comme réglé ce qui, pour Bonnafé, ne relevait pas de l'évidence. Ainsi, la loi de 1990, régissant les internements, a remplacé la loi de 1838 sans en modifier les fondements. Elle est admise comme un outil dans l'arsenal d'intervention dont disposent les politiques, les familles et les soignants. Mais curieusement, dans un contexte où domine l'idéologie de la sécurité, on ne s'interroge plus sur ses effets paradoxaux.

Une telle observation a-t-elle encore une quelconque actualité ? A chacun d'en juger. Mais si on le pense, on peut dès lors admettre qu'il n'est pas sans intérêt, au-delà de l'apparence de changement, de comprendre ce que désignait Bonnafé quand il formulait ses propositions «désaliénistes».

Pour le dire simplement, alors qu'il s'agit d'une réflexion foisonnante**, on peut avancer qu'elle s'efforce de revenir au plus élémentaire, tout en considérant les phénomènes liés à la folie dans leur complexité. Le plus élémentaire, c'est le principe hippocratique auquel tout soignant est attaché mais qui dans le feu de l'action est si difficile à mettre en oeuvre : «commencer par ne pas nuire». Or sur ce plan, l'histoire nous a appris qu'avec peut-être les meilleures intentions, le «système asilaire» a largement échoué. Et dans cette expression, le mot «système» a toute son importance. En l'occurrence, cela signifie qu'aucune approche réductionniste et parcellaire, centrée uniquement sur la clinique, l'institution, le social, l'économique, le juridique,

ou le politique ne rend compte de l'effectivité des pratiques. Il faut plutôt dégager les invariants à l'oeuvre sur chacun de ces plans dont les effets cumulés conduisent à l'invalidation de l'initiative soignante.

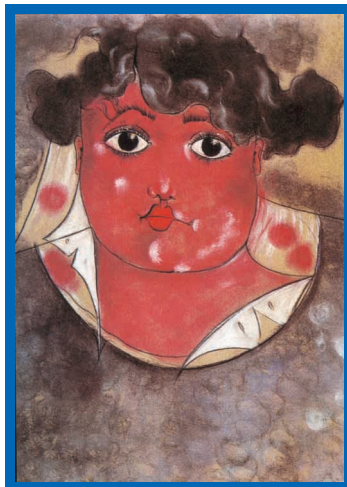
Schématiquement, si l'on considère le «système asilaire», on peut le caractériser par :

1. Au plan anthropologique, la prévalence du refus de l'altérité.

Cette «conduite primitive» particulièrement nette à l'égard de la folie, a partie liée avec les peurs les plus irraisonnées toujours prêtes à resurgir dans une société en mal de cohésion. A l'inverse, l'accueil est un exercice ou un art qui passe par un travail à contre-courant de ces réflexes immédiats (c'est la fonction de la culture mais aussi au plus intime de soi d'un travail pour accueillir l'étranger qui habite le «je»).

2. Au plan épistémologique, le primat de l'objectivation et de ses avatars technocratiques sur toute recherche concernant les préalables à l'échange inter subjectif.

L'objectivation n'est qu'une représentation particulière de la réalité, répondant à un souci de classification ou à l'établissement de mesures quantifiables. Elle fixe les positions de l'observateur et de l'observé, le second devenant sous le regard du premier l'objet d'une expertise qui, du certificat au plan comptable, laisse dans l'ombre ce qui se passe entre ces deux sujets. Là aussi, le recours à l'histoire est instructif. Que l'on songe par exemple, à ce que la postérité a retenu du dispositif clinique de Charcot à La Salpêtrière, modèle de l'observation objectivante. Dans ce cas, l'ignorance des influences réciproques entre médecin et malade - inhérentes à toute relation thérapeutique -



* Lucien Bonnafé : psychiatre considéré comme l'un des pères fondateurs du secteur.

** On sait que toute la pensée de Bonnafé traverse la poésie, la littérature, le marxisme, la philosophie des sciences - Bachelard, Canguilhem -.

Chronique sur 35 ans de sectorisation psychiatrique : 1960 – 1995

Jean-François BAUDURET

A été l'un des principaux rédacteurs des textes législatifs sur la psychiatrie entre 1983 et 1994. Chef du Bureau de la Psychiatrie à la DGS de 1983 à 1989, Sous-Directeur de la Direction des Soins à la Direction des Hôpitaux de 1989 à 1994, il est actuellement conseiller technique à la DGAS.



* Marie Rose MAMELET, fille d'un directeur à l'hôpital psychiatrique connaissant particulièrement bien la réalité asilaire.

I – Un concept novateur resté inappliqué pendant 12 ans

Une idée géniale repose souvent sur un concept simple et logique : c'est le cas du secteur psychiatrique. Quoi de plus logique en effet que de considérer que la prévention, le diagnostic et les soins psychiatriques sont organisés par une même équipe délivrant ses prestations dans la cité comme à l'hôpital. Le secteur repose donc sur un continuum " dedans – dehors " et sur l'unicité du pilotage de ce dispositif par des acteurs appartenant à une même équipe pluridisciplinaire, garantissant notamment la continuité des soins.

A cet égard, la circulaire du 15 mars 1960 qui a fondé la sectorisation psychiatrique est un texte révolutionnaire, conçu par une administrative inventive Marie-Rose Mamelet* avec la complicité active de quelques psychiatres dynamiques tels Le Guillan, Mignot, Bonnafé, Bailly-Salin et quelques autres. Il est rarissime qu'une administration devance à ce point la réalité des pratiques. Elle se contente généralement de prendre en compte avec retard les innovations du terrain. Malheureusement cette circulaire, particulièrement novatrice, était trop en avance sur son temps et les forces conservatrices ont su pendant 12 ans faire en sorte que ce texte fondateur ne trouve aucune application autre que les quelques oasis cultivées par des psychiatres déjà adeptes d'une psychiatrie communautaire et souhaitant rompre avec la majorité de leurs confrères, restés des médecins aliénistes avec la meilleure conscience du monde.

Ce n'est en effet qu'à partir de 1972 que l'on assiste à un certain décollage de la sectorisation et à la création de structures extra-hospitalières : les dispensaires d'hygiène mentale (comme on disait alors), les hôpitaux de jour, le développement des " visites à

domicile " permettant de maintenir dans la cité la personne atteinte d'une affection mentale. Certes le développement de ces pratiques reste disparate et le découpage en secteurs psychiatriques correspond encore trop souvent à un concept vide, non encore habité par des pratiques thérapeutiques hors les murs. On peut dire aujourd'hui que la psychiatrie publique a perdu 12 ans et a laissé passer une chance historique de se rénover rapidement grâce à un contexte économique favorable et un mécanisme de financement souple et efficace. Les actions extra-hospitalières étaient en effet financées sur des dépenses obligatoires de groupe I, destinées à lutter contre ce que l'on appelait alors les fléaux sociaux (tuberculose, maladies vénériennes, alcoolisme, toxicomanies..) et à développer des actions de prévention (vaccinations, protection maternelle et infantile ...).

Ce mécanisme de financement était particulièrement " hérétique ", mais d'une efficacité sans pareille pour développer une politique dynamique de santé publique : l'Etat remboursait en effet à hauteur de 83% en moyenne le coût des actions décidées par les Conseils généraux. Ainsi la collectivité départementale décidait d'une dépense dont elle n'assurait que 17% du financement ! Si dans les années 60, les psychiatres avaient sollicité les Conseils généraux pour créer des postes en extra-hospitalier, nul doute que les Présidents de Conseils Généraux les leurs auraient accordés comme ce fut le cas dans les années 70, au cours desquelles les dépenses extra-hospitalières d'hygiène mentale ont progressé selon des taux qui nous font rêver aujourd'hui : 20 à 30% l'an ! Rappelons qu'à l'époque l'extra-hospitalier (à l'exception des hôpitaux de jour) relevait de la seule responsabilité des psychiatres chefs

de secteur, et non des directeurs des établissements hospitaliers de rattachement. Bon nombre de psychiatres apprirent à utiliser le mécanisme du " financement croisé " des dépenses d'hygiène mentale, mais une décennie trop tard. D'autres ne bougèrent pas et se trouvèrent fort dépourvus lorsque l'austérité budgétaire fut venue.

II - Le tournant des années 80 : une réforme tardive

À la suite des divers chocs pétroliers et de la crise économique qui s'ensuivit, les années 80 furent en effet marquées par une volonté de maîtrise rigoureuse des dépenses, qu'il s'agisse des crédits de l'Etat, comme de ceux de l'assurance maladie.

La loi du 22 juillet 1983 relative aux transferts des compétences entre l'Etat et les collectivités territoriales avait mis fin au paradis de financements croisés des dépenses d'hygiène mentale et confié à l'Etat seul le soin de financer sur ses crédits les actions extra-hospitalières en psychiatrie.

Les exercices 1984-1985 furent particulièrement difficiles : sur les 2,5 milliards de francs que coûtait la psychiatrie de secteur, 200 MF n'avaient pas été transférés du budget des départements sur celui de l'Etat et par ailleurs le ministère de l'Economie et des Finances s'employait scrupuleusement à refuser toute progression de ces dépenses, afin de pousser le ministère des affaires sociales à mettre ces crédits à la charge de la Sécurité Sociale. Nous étions alors dans une impasse financière, il fallait donc en sortir par une réforme.

La première étape consista à légaliser enfin le secteur psychiatrique. Ce statut juridique fut donné par la loi du 25 juillet 1985. Le secteur psychiatrique,

Chronique sur 35 ans de sectorisation psychiatrique : 1960 – 1995 (suite)

dans sa double dimension intra et extra-hospitalière, fut juridiquement consacré en tant que mode d'organisation de base de la psychiatrie publique permettant d'assurer la continuité des actions de prévention de diagnostic et de soins en faveur d'une population résidant dans une aire géographique donnée et ce, dans le respect du libre choix du malade.

Cet article de loi a par ailleurs institué un nouvel organisme consultatif : le conseil départemental de santé mentale. Cet organisme était chargé de donner un avis et de faire des propositions sur les moyens qu'il convenait de mettre en oeuvre afin de mieux adapter nos dispositifs publics et privés de lutte contre les maladies mentales aux besoins des populations. Ce nouveau conseil constituait un échelon déconcentré de concertation et de propositions associant, non seulement les principaux professionnels publics et privés concernés par la psychiatrie, mais aussi les caisses de protection sociale, les élus départementaux et municipaux ainsi que des représentants des familles de malades.

La loi du 25 juillet 1985 constituait une étape importante et nécessaire à la réforme envisagée mais il restait à réaliser l'essentiel : permettre que le principe de la continuité des soins entre l'intra et l'extra-hospitalier qui venait d'être légalisé trouve sa traduction dans une enveloppe budgétaire unique financée par l'assurance maladie, enveloppe qui soit gérée pour le service public par un seul organisme : l'hôpital.

C'est ce que réalisent les lois des 30 et 31 décembre 1985.

Ainsi, la loi de finances pour 1986 (loi du 30 décembre 1985) dans son article 79 mit, à compter du 1^{er} janvier 1986, les dépenses de lutte contre les maladies mentales exposées au titre du nouvel article L326 du code de la santé publique à la charge de l'assurance maladie.

La loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisa-

tion psychiatrique tira les conséquences de la loi précitée en instaurant 5 principaux types de dispositions :

- la mise en place d'une véritable carte sanitaire de la psychiatrie (articles 1 et 2),
- la possibilité pour l'hôpital de gérer des équipements alternatifs à l'hospitalisation et de dispenser des prestations en dehors de ses murs (article 3),
- l'intégration dans la dotation globale hospitalière du financement des services publics départementaux participant à la sectorisation psychiatrique qui furent mis à la disposition de l'hôpital (articles 5 et 6),
- la mise à disposition en 1986, puis l'intégration, à partir de 1987, à l'hôpital des personnels des collectivités territoriales, titulaires ou non, travaillant dans les secteurs psychiatriques (articles 8 et 14).

En application des lois du 25 juillet et du 31 décembre 1985, un décret du 14 mars 1986 est venu préciser l'organisation de la sectorisation psychiatrique.

Cette réforme, dans sa double composante organisationnelle et financière, fut globalement bien accueillie par les syndicats et organisations représentatifs de la psychiatrie publique.

Elle fut suivie par de nombreux autres textes destinés à conforter l'organisation de la psychiatrie et faciliter son fonctionnement.

III – La refondation de la politique de santé mentale et de la sectorisation en 1990

La circulaire de 14 mars 1990, publiée au Journal Officiel, a incontestablement refondé, trente ans après la circulaire du 15 mars 1960, les grandes orientations de notre politique de santé mentale. Ce texte reste à mon sens d'une grande actualité et mérite qu'on s'y attarde quelque peu.

La circulaire ne se contente pas

d'évoquer l'organisation des soins centrée sur le secteur, elle met aussi l'accent sur une véritable dimension de santé publique : amélioration de la connaissance épidémiologique des besoins, développement de programmes de prévention, décloisonnement entre la psychiatrie et les soins généraux, actions prioritaires en direction des adolescents et des personnes âgées, respect du libre choix de l'utilisateur, développement de prestations intersectorielles, déploiement des moyens sur l'extra-hospitalier. Ce texte a également pour originalité de détailler les niveaux que devraient atteindre en 5 ans chaque secteur psychiatrique notamment en matière d'accueil et d'urgence, de prestations extra-hospitalières, de soins à temps complet, de réadaptation...

En guise de conclusion provisoire :

Malgré la maîtrise des dépenses et la compression des moyens, le secteur psychiatrique reste globalement une réussite : en 1999, 86% des patients sont suivis à domicile ou sur un mode ambulatoire, 11% au sein de services à temps partiel (CATT), hospitalisation de jour et de nuit) et 27% en hospitalisation à temps complet. Ces proportions ne sauraient s'additionner puisque certains patients itinèrent d'un mode de prise en charge à un autre au cours de la même année. Il reste que globalement une très large majorité de la file active est suivie et traitée hors les murs de l'hôpital. Le bilan de la sectorisation psychiatrique est globalement positif, même si son mode d'organisation reste très perfectible et ne doit pas constituer un dogme intangible. ■

Pour un caractère plus exhaustif des textes législatifs, cet article peut être consulté sur le site internet de l'Orspere-Onsmp : orspere@ch-le-vinatier.fr

Les résistances à la psychiatrie de secteur, dès l'origine

On oublie souvent l'esprit militant qui marqua les débuts de la psychiatrie de secteur, lorsqu'il fallait affronter de nombreuses résistances.

Jacques HOCHMANN
Professeur de psychiatrie,
Psychanalyste,
Chef de service au CH
le Vinatier (Bron) de
1976 à 2001.
Il a été à l'origine de la
création de l'Association
Santé Mentale et
Communautés, à
Villeurbanne (69), en
1968.
Il a notamment publié en
1971 " Pour une
psychiatrie
communautaire ".

Les résistances des psychiatres

Les promoteurs du secteur, au départ, étaient une poignée. Leur projet surgissait dans un contexte où la psychiatrie publique hospita-



lière, longtemps immobilisée par l'inefficacité thérapeutique et par les théories pessimistes de la dégénérescence, connaissait quelques frémissements. La psychanalyse poussait çà et là ses premiers pseudopodes, mais n'affectait guère encore la vie quotidienne des soignants et des soignés. Les médicaments psychotropes faisaient leur apparition et, dans un petit nombre d'établissements ou de services, la psychothérapie institutionnelle avait introduit des changements notables, traduits administrativement par des circulaires ministérielles sur l'ergothérapie et l'humanisation des hôpitaux psychiatriques.

Curieusement, les psychothérapeutes institutionnels n'adhèrent pas tous, au moins dans l'immédiat, à un programme qui préconisait la diversification et la continuité des soins. Certains d'entre eux, encore fidèles à la vieille doctrine esquirolienne de l'isolement, voyaient avec suspicion le développement des soins ambulatoires extra-hospitaliers, perçus comme concurrentiels plutôt que comme complémentaires.

Ils craignaient qu'une délocalisation des traitements, avec des sorties plus fréquentes et plus rapprochées, ne privent leurs réunions de pavillon et leurs clubs de leurs meilleurs éléments. Imprégnés, par ailleurs, d'un marxisme militant matiné de psychanalyse, ils redoutaient que, hors les murs, les patients ne perdent les repères protecteurs d'une communauté fraternelle, tolérante et contenante, sorte de société idéale, héritée du traitement moral, où pouvaient se jouer et s'analyser librement les rapports transféro-contretransférentiels. En même temps, opposés à la société marchande, ils craignaient que, prolétaires des prolétaires, les malades mentaux ne soient livrés sans défense à l'oppression et à l'exploitation capitaliste, sous le règne d'un régime de normalisation sociale. On vit ainsi fleurir des termes péjoratifs comme celui de " flichiatrice de secteur ", et des psychiatres d'extrême gauche et d'ex-



trême droite, objectivement alliés, dénoncer les soins à domicile naissants, en les assimilant à des " visites domiciliaires ".*

Cependant, la plupart des psychiatres des hôpitaux avaient d'autres soucis. Confortablement établis dans leur asile, logés, blanchis, chauffés, éclairés par l'hôpital, ils ne sortaient guère en ville, sinon pour quelques consultations de dispensaire ou quelques expertises, pour compléter leur maigre salaire. La politique de secteur dérangeait leur confort. Après avoir fait longtemps preuve d'inertie, ils la travestirent en la réduisant à une répartition de territoires. On vit

donc saucissonner le pays en zones de soixante dix mille habitants, dessinées avec un esprit égalitariste, souvent au mépris de toute cohérence. Les réunions de mise en place du secteur évoquaient alors un jeu de Monopoly (" je te laisse la Place de la Concorde contre la rue la Paix "), et c'est seulement douze ans après la première circulaire que la décision d'accorder une prime conséquente à ceux " qui faisaient du secteur " permit enfin de généraliser la politique voulue en 1960. Une nouvelle génération arrivait, nombreuse et enthousiaste, le secteur enfin naissait et le pays tout entier se dotait d'un dispositif qui, en dépit des critiques dont il fait aujourd'hui l'objet, reste remarquable.

Les résistances infirmières

Le personnel hospitalier, formé essentiellement par les bataillons du corps infirmier, était lui aussi partagé. Ils furent très peu nombreux, et d'autant plus méritants, au début, ceux qui acceptèrent de s'inscrire dans une pratique extra-hospitalière pionnière, où tout était à inventer, et où leur diplôme n'était pas officiellement reconnu. Sans le filet protecteur de l'équipe et de l'institution, sans modèle précis, ils s'engagèrent courageusement dans des soins individuels, en dispensaire ou à domicile**, sous les quolibets de leurs pairs qui les accusaient " d'aller se promener au lieu de travailler ". Quelques leaders syndicaux intelligents avaient très vite compris que cette évolution apportait une valorisation de leur profession en termes



Les résistances à la psychiatrie de secteur, dès l'origine

(suite)

de statut et de perfectionnement technique, mais dans leur majorité, les organisations syndicales restaient sur la réserve. Elles se faisaient l'écho des inquiétudes et de la résistance au changement de leurs membres et redoutaient, peut-être, qu'une trop grande multiplication des lieux de soin et un éloignement de la maison mère ne diminuent leur influence, en laissant échapper les individus dispersés aux mots d'ordre et au contrôle collectif.

Les résistances administratives

C'est sans doute la même crainte d'affaiblir leur contrôle sur leurs agents, qui explique, au moins pour une part, les réticences des administrations locales à suivre

une politique pourtant proclamée de manière répétée par les instances ministérielles. Il s'y ajoutait un mode de financement quasi schizophrénique. Alors, les budgets intra et extra-hospitaliers étaient séparés et leur gestion confiée à deux organismes souvent en conflit : l'hôpital pour l'un, la D.D.A.S.S. pour l'autre. Les directions hospitalières, dans leur logique, s'opposaient à des réductions de lits qui risquaient d'entraîner la diminution d'une enveloppe budgétaire tributaire du prix de journée. Les D.D.A.S.S., bridées par les Conseils Généraux qui votaient (à un niveau très inégal d'un département à l'autre) les crédits de l'extra-hospitalier, refusaient de recruter de nouveaux soignants ou de détacher, extra-

muros, des personnels hospitaliers.

Il fallut attendre vingt cinq ans (1985) pour qu'une loi vienne enfin unifier les budgets et confier aux hôpitaux la totalité de l'enveloppe de secteur. C'est alors seulement qu'il devint possible de redéployer librement vers l'extérieur des personnels hospitaliers au fur et à mesure de la fermeture de lits devenus techniquement inadaptés grâce aux psychotropes et au développement parallèle des psychothérapies ambulatoires. C'est alors seulement que les dispositifs de secteur purent prendre leur envol véritable et trouver un rythme de croisière, au moins pour ceux qui n'ont pas perverti un exercice novateur et révolutionnaire. ■

Le Paradigme fondateur du secteur : le désaliénisme, à contre-courant (suite)

conduit à prendre l'artefact pour la réalité. C'est une parfaite illustration d'aliénation mutuelle, quand la personne s'efface devant le personnage.

3. Au plan institutionnel, la prééminence accordée au lieu, en l'occurrence l'hôpital qui reste le centre organisateur des pratiques de soin. Sur ce point, les critiques de Bonnafé n'ont pas toujours été comprises. On a interprété ses propos comme une condamnation a priori de l'hospitalisation. Ce n'était pas son intention. Sa critique vise l'hégémonie d'un modèle «bloquant la recherche de la meilleure diversification du travail de soins». L'asile était une institution totale conçue comme un dépôt pour une catégorie d'exclus. Aujourd'hui, le modèle hospitalier impose une autre forme d'emprise sur les pratiques :

emprise d'un mode de gestion, d'un type de formation des personnels, d'organisation hiérarchisée et morcelée des tâches, d'une idéologie du soin, centrée surtout sur la «réparation». Et il y a déjà plus de quinze ans, Bonnafé s'inquiétait de la standardisation des réponses apportées aux situations de grande détresse psychique, assimilées de plus en plus aux urgences médicales, en même temps qu'il notait la tendance des structures «extrahospitalières» à se refermer sur elles-mêmes. Dans le premier cas, il y voyait un signe de stérilisation des recherches cliniques et institutionnelles. Quant à la clôture des institutions sur elles-mêmes, il craignait qu'elles ne succombent à cette «pathologie des isolats» qui guette toutes les institutions autocentrées : installation dans la routine, décalage entre les offres et les deman-

des de soin, inadaptation à l'environnement, perte des capacités créatrices, reconduction des vieilles séparations entre espaces dévolus aux «chroniques» et zones de transit des «aigus».

Dès lors, le désaliénisme se projette «par contraste», sur fond de ces trois critiques anthropologique, épistémologique et institutionnelle, en inversant chacune des oppositions citées :

- primat de l'accueil sur le rejet,
- mise en place des conditions favorables à l'émergence de la fonction sujet,
- institutionnalisation de dispositifs en rupture avec l'hospitalocentrisme...

Ces perspectives de travail sont-elles encore d'actualité ? Quoiqu'il en soit, remonter le courant est toujours un signe de vitalité. ■

Le secteur : quel bazar !

Lorsqu'un dispositif, quel qu'il soit, est l'objet de questionnements tels qu'ils engendrent un malaise persistant de ses acteurs, il n'est pas inutile de faire un retour sur le passé, de se remettre en tête les éléments qui l'ont fait naître et les difficultés et résistances qu'il a rencontrées.

Jean PERRET

Directeur de Santé Mentale et Communautés de 1981 à 2001.

Il a participé au groupe DIV-DIRMI qui produisit le rapport Strohl-Lazarus "Une souffrance qu'on ne peut plus cacher"

Le dispositif de sectorisation psychiatrique ne devrait pas échapper à ce regard sur les origines : "Quand tu ne sais pas où tu vas, n'oublie pas d'où tu viens !"

À ce titre, la relecture du n°17 de RECHERCHES (mars 1975) sur "Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible" demeure un exercice plein d'enseignement pour aujourd'hui. Cependant on n'y trouvera pas d'allusion à celui des acteurs qui en est devenu depuis 1985 le financeur unique à savoir l'Assurance Maladie. Le peu de documents dont on dispose permet cependant de repérer quelques éléments intéressants dans la mesure où ils sont significatifs des résistances, voire de la disqualification de la sectorisation et peut-être plus largement du soin psychiatrique lui-même par ceux-là même qui ont en charge le dispositif de santé.

Dès les années 1970, la CNAM publie une circulaire autorisant la création de services d'Hospitalisation à Domicile (HAD). De façon étonnante, elle en exclut nommément et uniquement la Psychiatrie, alors même qu'à cette époque des initiatives de mise en œuvre de la politique de secteur se créaient sous cet emblème de l'HAD. Seules deux expériences se mettent en place en parfaite dérogation à cette circulaire : le 13ème à Paris et Santé Mentale et Communautés à Villeurbanne, cette dernière n'ayant obtenu son droit à l'existence qu'à la ferme détermination du Médecin conseil de la CRAM Rhône-Alpes de passer outre à l'injonction de la CNAM.

En 1985, le projet de loi relatif à la sectorisation psychiatrique est soumis à la Commission de l'Assurance Maladie de la CNAM. Il fait l'objet de plusieurs réunions. C'est peu dire que les comptes rendus de ces réunions laissent transpirer un manque d'enthousiasme certain, pour ne pas dire des résistances solides, à l'encontre de ce projet de loi. S'y expriment évidemment des considérations financières (et en effet l'enjeu est important pour l'Assurance Maladie) et des interrogations relatives à l'organisation, au champ d'application pour les établissements et les personnels.

On y note :

- la crainte d'un transfert de charges aux dépens de l'Assurance Maladie pour des dépenses qui ne relèvent pas de sa compétence (patients non-assurés sociaux, prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie, transports, etc...)
- la crainte (significative de l'image qu'elle renvoie du soin psychiatrique) d'une impossibilité d'en assurer le contrôle : "assiduité des soins inévaluable", prescriptions infondées, "récupération" des malades à titre privé par les médecins de secteur à temps partiel, rapport d'activité de secteur plus "moral" que fiable, données "subjectives et invérifiables", etc...

Mais surtout, ils révèlent une singulière méfiance vis à vis de l'activité soignante de la sectorisation psychiatrique explicitement considérée comme un bazar d'initiatives "développées de manière anarchique", sans référence, s'organisant "à leur guise", hors normes, aux appellations les plus diverses, "sans aucune définition". "Tout est possible" (danse, cri primal, théâtre, dessin ...) y compris le farfelu : "croisières sur les canaux et en mer !" (ponctué d'un point d'exclamation significatif...) ; le tout exécuté par des personnels "paramédicaux reconnus ou non par l'Ordre des Médecins et les Caisses (professeurs de gymnastique, de danse, de peinture ...)". Lorsqu'on parle des soins distribués

on ne manque pas d'entourer le mot "soins" de guillemets qui exhalent un parfum d'ironie et montrent le sérieux qu'on leur accorde...

Ces réflexions sont certes datées, émises dans les circonstances particulières d'un débat, et ne constituent pas une prise de position de la CNAM ; elles n'en sont pas moins révélatrices d'une image de la sectorisation psychiatrique et plus généralement du soin psychique qui n'est sans doute pas exceptionnelle, même aujourd'hui :

- conception du soin sur le seul modèle du somatique, c'est à dire essentiellement médical et hospitalier, faisant l'objet d'actes identifiés et normés ;
- incompréhension du soin psychique et de l'imbrication nécessaire du soin et du travail d'autonomisation et de resocialisation des patients ;
- soupçon sur les pratiques innovantes et sur la participation au sein des équipes soignantes d'intervenants non médicaux ou paramédicaux ;
- réticence à ce qui n'est pas uniformément pratiqué et reconnu par tous quels que soient le lieu, la population concernée, la situation sociale, etc...

Ce n'est certes pas une raison de renoncer à affirmer que la psychiatrie ne sera jamais une discipline médicale comme les autres, sauf à renoncer à ce qui lui donne sens : ce qui a fondé historiquement le secteur et qui ne relève ni du cadastre, ni de la féodalité¹, ni de la fantaisie de quelques hurluberlus, ni non plus de la chimie ou de la psychochirurgie², mais qui est pour l'essentiel la mise en place des conditions favorisant au maximum, dans un espace donné, avec une population donnée, une "pratique de la relation"³ destinée à des personnes en extrême difficulté psychique susceptibles précisément de glisser hors de la relation c'est à dire de l'humain. ■

BIBLIOGRAPHIE :

¹ Dr Paillot "Le Baron d'Ostende" in Recherches n°17, mars 1975

² Le Monde du 6 juin 2002

³ Francis Jeanson "Eloge de la psychiatrie" Ed.le Seuil, janv.1979



Le modèle bio-psycho-social



Le modèle bio-psycho-social est extrêmement répandu parmi les psychiatres de service public ; pourtant, chose étonnante, bien peu, même parmi les plus érudits, savent très exactement à qui on doit en attribuer la paternité. Il y a sûrement plusieurs points d'origine. Il s'agit en quelque sorte d'un modèle " qui va de soi " et qui se démarque radicalement du modèle bio médical. Selon Lalonde, il a été explicitement théorisé par le psychiatre américain Engel, en 1977. Il est certain que le modèle a été décrit avant Engel, en particulier par G. Devereux (1952). Trois paradigmes sont posés en interaction constante pour expliquer et comprendre les diverses facettes des maladies et des comportements : le biologique, le psychologique et le social. Lalonde considère ce modèle comme la reprise et le prolongement de l'approche organo-dynamique d'Henri EY. Dès 1947, en effet, ce grand psychiatre français s'oppose à ce qu'il appelle " le dualisme psychiaticide " (du somatique et du psychique); il rejette le réductionnisme linéaire, qu'il soit d'ordre biologique, psychologique ou social. On doit noter que la pensée d'Henri EY est apparue à la même époque où l'OMS a produit sa définition, également ternaire, de la santé comme " *un état complet de bien être physique, mental, et social, et (qui) ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* " (Paris, 1946). On a oublié, dans ce type de définition, la liberté de pensée, l'ouverture des cadres épistémologiques, et l'orientation utopique de l'action visant à donner un sens à l'avenir, dans l'enthousiasme de l'immédiat après-guerre.

Rhizome a interviewé Michel Reynaud, auteur de plusieurs textes sur ce sujet, sur la manière dont il utilise ce modèle aujourd'hui : comme une forme d'œcuménisme conservatoire.

Interview de Michel Reynaud PUPH Hôpital Universitaire Paul Brousse, Villejuif

BIBLIOGRAPHIE :

•Lalonde, Aubut, Grunberg et collaborateurs " *Psychiatrie clinique. Une approche bio-psycho-sociale* " Tome 1 (Introduction et syndromes cliniques) Ed. Gaëtan Morin, 1999 (2^{ème} édition).

•Henri Hey " *Etudes Psychiatriques. Historique-Méthodologie-Psychopathologie générale* " 2^{ème} Ed. Desclée De Brouwer et Cie, 1952 Paris

•G. Devereux " *De l'angoisse à la méthode, dans les sciences du comportement* " Ed. Flammarion, 1980. Pages 44 et 452 : 1952 a (Practical Problems of Conceptual Psychiatric Research. Psychiatry) et 1952 b (Psychiatry and Anthropology : Some Research Objectives. Bulletin of the Menninger Clinic)

•M. Reynaud / J.A. Malarewicz " *La souffrance de l'homme* " Ed. Albin Michel, mars 1996

•V. Kovess, A. Lopez, J.C. Pénochet, M. Reynaud " *Psychiatrie années 2000* " Ed. Flammarion, Fév 2001

•" *Modèle bio-médical et modèle bio-psycho-social* " M. Vanotti. Centre de recherches Familiales et Systémiques, cerfasy@cerfasy.ch

Comment comprendre simplement le modèle bio-psycho-social ?

■ Ce modèle m'est venu à l'esprit lorsque, jeune chef de clinique, j'ai été amené à m'intéresser à l'alcoolisme et aux toxicomanies. Olivenstein disait alors : " *La toxicomanie, c'est la rencontre entre un produit, un individu, et une société* ". Cette formulation lapidaire définit parfaitement l'une des formes du paradigme. Son application dans la pratique clinique était tellement efficace que je l'ai tout naturellement transposé à la pratique psychiatrique.

Il y a donc plusieurs formes ?

■ Oui. L'idée générale est qu'en matière de psychiatrie, il convient de refuser de choisir son camp entre les trois grands modèles, chacun pouvant devenir exagérément hégémonique : la biologie ou les neurosciences, la psychanalyse et d'autres théories psychologiques, la psychiatrie sociale. Il s'agit en fait d'une approche intégrative, éclectique, pragmatique, globale, antidote à une démarche totalitaire.

Totalitaire ?

■ Oui. Il m'est arrivé de me faire virer de certains lieux où dominait

l'idéologie psychanalytique, autrefois, lorsque je faisais des scanners aux patients schizophrènes, alors qu'il apparaissait clairement qu'ils avaient des atrophies cérébrales. Mais cette dimension " biologique " de la schizophrénie était inaudible et même " hérétique ". Et pourtant, vingt cinq ans plus tard, c'est une évidence incontestable.

Quand ce ternaire est-il apparu ?

■ Je ne sais pas exactement. Il semble être apparu en plusieurs lieux et en plusieurs pays au début des années 80. En ce qui concerne notre pays, à partir de 1981, on peut dire que nous sommes rentrés dans une époque de consensus mou où les grandes passions théoriques et idéologiques se sont estompées au profit d'un pragmatisme gestionnaire.

Ça n'est pas très excitant de présenter ce modèle comme un consensus désenchanté !

■ A vrai dire, cette possibilité de consensus n'empêche pas chaque discipline ou chaque sous-discipline d'aller au plus loin de sa logique propre, du côté de la recherche et c'est d'ailleurs ce qui fait avancer la connaissance. En

fait, aucune théorie à elle seule ne suffit à la compréhension des processus et à l'acte thérapeutique. Nous sommes dans l'ère des ponts, des passages, des interactions, et cela est excitant.

Y a-t-il d'autres éléments qui ont suscité cette obligation des ponts ?

■ Oui. Entre autre, l'intégration d'une partie des secteurs de psychiatrie à l'hôpital général : les psychiatres ont été confrontés aux tentatives de suicide, à la toxicomanie, à la neurologie, aux pathologies psychosomatiques, au SIDA, ce qui a stimulé le pôle biologique. Mais aussi le développement des connaissances neurobiologiques et génétiques, les diverses formes de psychothérapies et d'accompagnement social.

Ce dispositif a-t-il encore un intérêt ? Ne semble-t-il pas qu'on observe de nouveau une tendance hégémonique des différentes pistes de recherche actuelles ?

■ A notre époque, le paradigme bio-psycho-social reste encore la meilleure manière d'empêcher un triomphe excessif de l'industrie pharmaceutique et de son pouvoir inducteur sur les pratiques et les recherches. ■

Autrefois comme aujourd'hui, les trains qui passent...

Gérard MASSÉ

Praticien hospitalier.
Chef de Service au Centre Hospitalier Sainte-Anne (Paris).
Coordinateur de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale.

Chacun se souvient de la formule de Claude Bernard : «La médecine n'est ni un art ni une science, c'est un état comme l'agriculture». Si l'on accepte et que l'on vit une telle condition d'artisan, épris du métier, il n'est décevant pas possible de faire le coup du «l'agriculture cela eut payé mais cela ne paye plus» alors que nous continuons à faire un très beau métier, ce qui mérite d'être dit, avant toute chose.

Au-delà de sa technicité, la médecine, et donc la psychiatrie, se présente comme une situation sociale dévolue par le groupe auquel elle appartient. Le savoir technique et la fonction sociale des psychiatres évoluent, de façon de plus en plus rapide au fil du temps.

En son temps, notre société s'est dotée de techniciens pour organiser la perte de liberté des aliénés. Elle a donc créé les aliénistes. Et puis ce fut Edouard Toulouse très contesté par la profession, la politique de secteur, avec ce que cela implique «de souplesse, d'adaptation à la réalité sociale¹», le développement de la psychiatrie privée. Dès la fin des années 60, Henri Ey se félicitait que «le psychiatre ne s'occupe plus seulement du «grand aliéné» et pointait que cette extension comportait des «inconvenients théoriques et pratiques» parmi lesquels il précisait la nécessité «que les services publics de psychiatrie soient intégrés aux hôpitaux généraux²». Au même moment, Georges Daumezon formulait la principale question car tout en dépend : «au nom de quoi la société se préoccupe de la santé mentale³? Question qu'il ne cessait de poser depuis la Libération.

Actuellement, de partout, on entend qu'on nous demande d'intervenir au-delà du champ strict de la discipline, que nous avons été formés pour prendre en charge les pathologies mentales «pures et dures», que nous ne pouvons faire face au vertige induit par des sollicitations multiples, que nous sommes appelés à tous propos au delà de notre champ d'intervention.

Fréquemment, la souffrance psychique relève plus d'une mauvaise santé mentale que de pathologies avérées qu'elle précède souvent comme le montrent les données épidémiologiques, les conférences régionales de santé, la conférence nationale de santé. Notre absence est trop souvent regrettée auprès de populations qui demeurent sans réponses : exclus, victimes d'addiction, séropositifs, etc... ce que nous appelons « les trains qui passent ».

Sommes-nous confrontés à une psychiatrie d'extension excessive ? Non, tout simplement à une psychiatrie qui se veut fidèle au secteur, voulant s'adapter aux demandes qui lui sont faites dans un contexte de proximité et avec disponibilité, d'une psychiatrie qui se déplace et n'attend pas qu'on vienne vers elle, qui sait que la clinique ne se résume pas aux chapitres de nos manuels et apparaît, constamment, évolutive.

Certes, ces dernières années, les équipes de psychiatrie de secteur sont de plus en plus impliquées dans des réseaux constitués autour de certaines pathologies (VIH, cancer, périnatalité etc...) ce qui correspond assez bien au concept de psychiatrie de liaison (qui ne s'applique pas seulement aux disciplines somatiques). La souplesse est alors de règle dans un mouvement spontané à côté des institutions lourdes, permettant un passage d'informations, une mise en commun momentanée de moyens, une réponse modulable pour être efficace et adaptée. La coordination n'est pas alors nécessairement centralisée par un médecin, elle peut changer d'une situation à l'autre en fonction des besoins et des habitudes de travail. Il s'agit d'un abord collectif pour maîtriser la complexité des pathologies les moins accessibles et l'on comprend pourquoi les premiers réseaux se sont constitués en réponse aux besoins de personnes elles-mêmes regroupées en réseaux : toxicomanes, alcooliques, sidéens, etc... Il n'en demeure pas moins que les thèmes prioritaires d'application au champ médico-social et social des réseaux au sein desquels la psychiatrie doit prendre la place qui lui revient sont :

- les réseaux gérontologiques coordonnés favorisant le maintien au domicile,
- les réseaux alternatifs ou complémentaires à la prise en charge à temps complet ou partiel des handicapés,
- l'accès aux soins des plus démunis,
- les réseaux de soins concernant certaines pathologies à forte composante sociale (conduites addictives, sidéens).

Au-delà du «concept de liaison» applicable non uniquement aux complémentarités nécessaires avec les soins somatiques, la santé mentale s'est élargie à de multiples interactions entre les personnes et leur environnement qu'il s'agisse des jeunes, des migrants, du milieu du travail, des politiques de prévention ou de l'impact de la pauvreté. Il nous faut travailler avec d'autres, notamment parce que nous ne pouvons apporter qu'une partie, certes indispensable voire essentielle, des solutions possibles.

Comment ne pas s'en féliciter non pas du fait «de nouvelles parts de marché» mais parce que nous pouvons être mieux et plus utiles.

Evidemment, il n'est pas question de dire qu'il faut répondre à toutes les demandes : la possibilité du oui suppose celle du non, un non argumenté réfléchi, éthique. Mais à l'inverse, on ne peut faire comme si la psychiatrie était une discipline an-historique, centrée sur une psychose détachée de toute pesanteur sociétale. Pourquoi avoir refusé les toxicomanies lorsqu'elles constituent le vêtement d'arlequin de nombre de processus psychotiques chez les jeunes ? On devrait faire retour sur ce qui a conduit la psychiatrie publique à réfuter la pertinence de sa pratique sur certaines formes de délinquance, sur l'addictologie alcoolique, plus récemment sur les nouvelles formes de psychopathologies de la modernité avancée.

Hier comme aujourd'hui, refuser de prendre les trains qui passent au nom d'une pureté professionnelle intrinsèque, cela se discute. ■

BIBLIOGRAPHIE :

¹ E. TRILLAT. Où va la psychiatrie de service public ? *L'Information Psychiatrique*. 1984, 60, n° spécial, 1159-1168.

² H. EY - L'abolition des principales dispositions de la loi. L'exception de 1838 sur l'effet et la condition de progrès de l'assistance psychiatrique. *Annales Médico-Psychologiques* 1967, 2, 608-614.

³ G. DAUMEZON. La psychiatrie face aux données modernes de la psychiatrie d'adulte. Rapport introductif à la troisième réunion d'étude de la XIII^{ème} Assemblée Fédérale des Croix Marines.

Précarités : extension du domaine de la clinique

La notion de précarité s'inscrit dans un élargissement des populations concernées qui dépasse les personnes à la rue de façon durable et les clochards. Elle est un concept social qui indique que la pauvreté et l'exclusion ne se limitent pas au "noyau dur" des errants.

Jean-Pierre MARTIN

Psychiatre,
Chef de service à l'Hôpital
Esquirol, St Maurice (94)

L'approche clinique de l'errance, qu'elle concerne les sans-abri ou les personnes en rupture occasionnelle de domicile, amène en effet deux premiers constats :

- la notion d'exclusion sociale par son caractère totalisant ne rend compte ni des différents processus à l'œuvre ni du moment où ils sont abordés dans l'itinéraire de la personne.

- un grand nombre de sujets "inclus" mènent leur existence de façon extrêmement précaire et sont exclus de champs entiers de la vie sociale.

Nous sommes alors confrontés à des faits qui explicitent les ruptures avec l'environnement socio-familial, les différents moments de l'itinéraire du sujet (il est fréquent, par exemple, de rencontrer des personnes qui alternent des séjours en hôtel de plusieurs jours avec des moments de galère dans la rue et des passages en foyers d'urgence) et les situations d'insertion sociale précaires.

A partir d'une approche des errances extrêmes et des risques de "mort psychique" qu'elles entraînent, une réflexion sur la dimension clinique de la précarité sociale nous permet de constater que cette évolution s'est imposée dans les pratiques et le discours général de la plupart des intervenants engagés dans la lutte contre l'exclusion. Il nous semble qu'elle croise le débat de ces dernières années sur la gestion des risques*.

Il en résulte une série de questions : S'agit-il d'une nouvelle tentative de masquer les causes réelles de la pauvreté par le déni des inégalités sociales et des rapports d'exploitation ?

S'agit-il d'une nouvelle élaboration d'un discours de psychologisation de la misère qui traduirait l'échec d'efficacité du sujet dans son adaptation aux évolutions de la société ? Nous pouvons interroger le nouvel intérêt pour les politiques de santé mentale dans une telle problématique.

Ce débat ouvre la question du rapport au politique. En effet les conditions sociales et culturelles façonnent le sujet dès sa conception et, dans cette perspective, la référence à la précarité de l'existence est déterminante dans la compréhension des avatars qui arrivent au sujet. Le terme - précarité - questionne le sens d'une altération symbolique du lien social alors que le terme - exclusion - le barre, tout comme, le mot - curabilité - s'oppose à - incurable -. Ce qui est précaire peut cesser de l'être alors que l'exclusion tend à fermer tout avenir.

Précarité et souffrance psychique font partie des mots qui permettent d'aborder l'indicible du trauma et de la perte.

La précarité extrême a révélé les errances catastrophiques et les modes d'existences marginales, dans lesquels le remaniement des investissements du sujet amène des ruptures symboliques graves de ses liens sociaux. Elle a mis en évidence la perte du sens des objets sociaux qui fondent la civilisation laissant au premier plan les défenses archaïques que sont le clivage mélancolique ou traumatique, et la récusation des institutions qui dénie la reconnaissance d'un besoin d'aide. Elle nous a sensibilisés à la réalité des itinéraires d'exclusion, sans tiers métaphorique possible autre que la rue.

Mais la précarité ordinaire apparaît dans les nouvelles approches de la clinique psychosociale à travers la critique des forçages de sens institutionnels appelés - urgence -.

Cette démarche ne concerne pas seulement la " fonction d'asile " décrite par Patrick Declerck avec ses lieux de passages qui sont souvent des lieux d'enfermement et d'objectivation de la réalité du clochard, reproduisant la violence qui est faite

à ces sujets en souffrance.

Elle s'applique à tous les lieux sociaux ordinaires qui concourent à la protection sociale. Il est essentiel de percevoir ici la dimension collective de l'Autre qui concerne le rapport des précaires et des intervenants à la collectivité : chacun s'engage avec sa subjectivité et ses limites. C'est la présence de sujets (errants ou partenaires) différents qui fonde la continuité de la rencontre et son possible effet de symbolisation.

La précarité extrême ou ordinaire renvoient à la violence sociale vis à vis de ceux qui ne s'adaptent pas ou ratent leur insertion, de ceux qui rencontrent un trauma déstabilisant sur le mode : divorce, perte du logement, perte du travail, galère d'une solution d'urgence à une autre. Leurs itinéraires sont la réalité de la société, dans laquelle ces sujets fragilisés sont en permanence confrontés à la catastrophe du passage d'une identité d'insertion à une identité d'exclusion.

Cette précarité sociale dans toutes ses formes est le principal vecteur d'insécurité du sujet dans ses dimensions individuelles et collectives, elle est devenue l'enjeu d'une lutte entre ceux qui en font une nouvelle figure des " classes dangereuses " et ceux, dont nous sommes, qui en font une action publique de reconnaissance humaine et d'intégration à l'accès à la protection sociale commune.

Une réflexion clinique sur la précarité est emblématique de la crise de la psychiatrie de secteur, car le dispositif médico-administratif n'est pas intégré à une politique s'appuyant sur les expériences généralistes et préventives locales**. La psychiatrie se retrouve ainsi dans un entre-deux constitué d'une part des soins spécifiques des pathologies et d'autre part d'une participation à la gestion des risques. L'approche clinique des différentes formes de précarité sociales nécessite aussi de revisiter le sens du secteur et de ce que peut être une politique de santé mentale basée sur un dispositif de psychiatrie publique généraliste intégré à la vie sociale. ■



* Cf. Anne Golse et Laurent Boceno, p. 11.

** Cf. Fernando Bertolotto, p. 12 et 13.

La psychiatrie aux risques de la santé

La psychiatrie est en crise, certains s'en émeuvent, d'autres tentent d'inventer. Soit. Il serait plus juste de remarquer que la psychiatrie, comme l'ensemble de la médecine, est prise dans un mouvement de transformation de grande ampleur qui effrite le socle sur lequel elle s'était édifiée au XIX^e, la maladie, pour lui en substituer un autre fondé sur la notion de santé, définie comme équilibre bio-psycho-social, bien-être, voire capital.

Anne GOLSE,
Laurent BOCENO
Sociologues,
Laboratoire d'Analyse
Socio-Anthropologique du
Risque (LASAR),
Université de Caen.

Il nous faut montrer comment cette construction nouvelle du savoir médical, pour laquelle nous avons forgé le terme de médecine de la santé, s'articule sur la notion de risque issue de la technique assurantielle et comment elle renouvelle les enjeux de la psychiatrie.

Le risque est la probabilité de survenue d'un événement à l'échelle d'une population. Si, à l'échelle d'un individu, un événement est aléatoire, à l'échelle d'une population, il présente une certaine régularité. C'est la fréquence d'apparition d'un événement à l'échelle de cette population qu'on appelle risque. Rien en soi n'est risque, tout peut l'être si on appréhende sa fréquence de survenue à l'échelle de la population. Ainsi la mort, les accidents mais aussi la maladie sont des risques qui affectent le capital santé de l'individu, mais aussi de la population.

Une telle connaissance ne suffit pas. L'important n'est pas de connaître la probabilité de survenue mais surtout de connaître avec quelles variables (facteurs de risque) ces risques sont liés. Si la dépression est un risque qui atteint chaque année x individus de la population, mieux vaut connaître quels sont les facteurs c'est-à-dire quelles sont les variables qui sont en corrélation positive avec ce risque. En d'autres termes, qu'est-ce qui distingue les personnes atteintes de dépression du reste de la population ? L'analyse statistique des grands nombres montre que le deuil est un facteur de survenue de la dépression.

Le traitement des grands nombres

inaugure un renouvellement du modèle étiologique, devenu pluri-factoriel : la maladie-risque est liée par une causalité molle à quantité de facteurs bio-psycho-sociaux. Les facteurs de risque par excellence sont ceux qui sont renvoyés à l'individu sous forme de comportements (conduites à risque, alcoolisme...), d'événements de vie ou de caractéristiques sociales. L'individu présentant ces facteurs va se trouver rangé dans la catégorie de population dite à risque élevé et de ce fait cible spécifique d'un certain nombre de démarches visant à réduire ce risque, notamment par une adresse au système de soins.

Une telle construction reflète au moins trois changements essentiels pour la médecine : dans la conceptualisation de la maladie, le principe de connaissance, la temporalité de l'action «soignante». En premier lieu, la maladie perd sa positivité. Elle n'est plus événement, mais risque. En second lieu, ce n'est plus la clinique de l'individu qui tire la connaissance de la maladie mais l'épidémiologie. Et avec elle le règne de l'expert dans un affranchissement de l'expérience sensible. La maladie-risque devient une pure abstraction, une virtualité que le malade ne peut ressentir ni le médecin déceler à partir des symptômes. Ultime conséquence de ce modèle, le principe d'action et la temporalité changent. Pas besoin de connaître une maladie, pas besoin de la différencier des autres, la seule chose rationnelle à faire, c'est d'éviter sa probable survenue du fait de la présence des facteurs de risque. Ainsi, il n'y a plus lieu de laisser les individus déprimer après un deuil ou développer un stress post-traumatique, il faut mettre en place dès que possible un suivi psy. La temporalité change, ce n'est plus le temps a posteriori de la maladie-événement mais le temps a priori de la maladie-risque. Il faut agir avant tout signe pathologique sur ce qui est pure virtualité à l'échelon de l'individu.

C'est le principe même de la médecine prédictive mais c'est aussi le principe d'une nouvelle mobilisation des soignants en psychiatrie.

En effet, cette nouvelle étiologie crée un mouvement de déport du somatique vers le psychique ou du social vers le psychique. Ceci met fin aux anciennes logiques d'altérité de ces institutions du XIX^e (mes fous, vos malades, vos pauvres) au profit d'une logique de complémentarité (nos fous sont aussi vos malades, vos pauvres). La théorie psychiatrique, qui ne peut plus se fonder sur l'ancienne barrière normal/pathologique et se cherche, recouvre tout ceci du terme de souffrance psychique, comme écart par rapport au bien-être, désormais promu comme idéal normatif auquel on ne peut qu'aspérer.

Cette nouvelle mobilisation repose sur une dissociation entre la production du savoir, le repérage des individus et leur traitement : comme cette construction ne se fonde pas sur un ressenti de symptômes mais sur une corrélation statistique, la plupart des individus ne peuvent donc qu'être détectés et poussés vers le système de soins. Un moment clé s'introduit dans ce modèle, c'est le repérage des individus porteurs de risques. Le travail près des endeuillés, l'intervention après un traumatisme, la prise en charge de la souffrance psychique des exclus sont des exemples parmi d'autres. De ce fait de nouveaux tiers émergent que sont les praticiens du travail social et de la médecine somatique.

Une question cruciale émerge également, c'est celle de la demande. Elle est au cœur des théorisations et des pratiques à travers l'émergence de notions comme celle de "pathologies en rapport avec la non-demande" ou avec l'invention d'une nouvelle modalité soignante, celle de faire émerger une demande chez la personne désignée comme souffrante mais qui ne demande rien au système de soin. A travers ce changement de socle, un des risques de cette politique de la santé est la disparition de la demande subjective et de sa lente maturation, conçues dans la nouvelle conceptualisation comme des freins à l'évacuation de la souffrance psychique. Il nous faut avancer avec discernement. ■



20 ans d'expérience locale en santé publique : quelle contribution pour le débat psychiatrie/santé mentale

Fernando BERLOTTO

Sociologue consultant en
Santé Publique

Dans une société de plus en plus paradoxale, en même temps que s'effacent les repères identitaires dans le grand mouvement de globalisation / mondialisation, se structure un nouvel ordre social centré sur la responsabilisation de l'individu, se développent une nouvelle souffrance psychosociale et des nouvelles figures pathologiques qui se caractérisent par leur aspect protéiforme, difficiles à qualifier et "situer" dans un champ d'action précis.

BIBLIOGRAPHIE :

¹ Depuis les textes fondateurs du secteur, jusqu'aux principaux rapports d'experts à propos de l'adéquation de l'offre de la psychiatrie publique face à la demande sociale (cf. le mythique rapport Strohl-Lazarus "Une souffrance qu'on ne peut plus cacher" remis à la DIV et à la DIRMI en novembre 1993, ainsi que plus récemment : "De la psychiatrie à la santé mentale", par le Dr E. Piel et le Dr J.L. Roelandt, juil. 2001 ; et "La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale. La place des usagers et le travail en partenariat dans la cité", par le Dr J-L Roelandt le 12 Avril 2002).

² Cf. nos derniers travaux de réflexion menés dans le cadre du Séminaire RESSCOM/DIV/DGS consacré à la problématique "Villes, violence et santé mentale", dont les productions sont accessibles sur les sites Internet de la DIV (www.ville.gouv.fr) et de l'association RESSCOM (www.resscom.org), ainsi que dans l'ouvrage "Santé mentale, ville et violences", sous la direction de M. Joubert aux éditions OBVIÉS-ERES, 2002.

difficultés structurelles de l'institution psychiatrique à se situer dans la problématique sociale, et dégager des orientations pragmatiques qui permettraient d'améliorer le système dans une perspective de santé publique ?

Les travaux sur la problématique "ville et santé" ² indiquent que ceci semble passer par une actualisation des paradigmes de l'action publique en la matière, au niveau de l'institution psychiatrique elle-même ainsi qu'au niveau de l'organisation du système.

Actualiser les paradigmes

L'observation de l'évolution de la place et du rôle de la psychiatrie dans le champ de la santé publique locale, montre qu'une dissociation semble s'être opérée entre cette institution et la demande sociale en santé mentale, aussi bien au

niveau clinique que sur des aspects d'ordre politique, qui ne pourra être réduite sans une révision des paradigmes qui l'organisent.

Sans nous étendre sur la dimension clinique, nous nous contenterons ici de noter qu'il nous semble qu'une dissociation d'ordre politique s'est également opérée du fait

que la psychiatrie publique choisit souvent de s'exclure délibérément du débat sur la question sociale* : ce défaut de positionnement politique, fragilise la confiance et la reconnaissance sociale de son expertise, y compris au niveau médical.

En effet, par son expertise la psychiatrie apparaît souvent (à tort ou à raison) comme le dernier lieu susceptible de "situer" médicalement et socialement le sujet et sa

problématique, ce qui lui confère la faculté de pouvoir pacifier les termes de la relation entre la société et les individus ainsi vulnérabilisés**.

Lorsqu'elle renonce à ce rôle de régulation sociale positive, la psychiatrie génère un soupçon quant à ses choix d'alliance chez tous les acteurs sociaux (y compris les usagers) : en désertant l'espace de l'expertise et en renonçant à participer à l'élaboration sociale des problématiques complexes, non seulement elle laisse entendre qu'elle est particulièrement éloignée des préoccupations des autres acteurs sociaux, mais elle laisse aussi la place à d'autres institutions qui, seules, n'apportent pas toujours les réponses les plus adaptées (cf. les dérives sécuritaires et la judiciarisation des rapports avec ces publics). Ce mécanisme contribue à faire persister une représentation négative de l'institution psychiatrique, qui la maintient éloignée de la société concrète, et repousse tous ceux qui ne vont pas suffisamment mal pour être pris en charge dans un cadre d'exception (cf. évolution des recours en urgence et des hospitalisations sous contrainte).

Dans une perspective de santé publique, on peut donc faire l'hypothèse que travailler à l'intégration active de la psychiatrie aux politiques de santé mentale, passe par une clarification préalable de son positionnement à l'égard de la question sociale et de ses effets sur la santé mentale de la population.

Si depuis une dizaine d'années ce processus semble relativement bien enclenché au sein de l'institution (la démultiplication des expériences de reformulation de la place de l'institution psychiatrique dans le champ de la précarité par exemple), il apparaît néanmoins qu'un effort d'ouverture du débat vers l'opinion publique reste à faire.



20 ans d'expérience locale en santé publique (suite)

La réorganisation locale du champ de la santé mentale

Il s'agit ici de redéfinir la place de la psychiatrie, en intégrant au secteur un dispositif de soins de santé primaire reposant sur les nouvelles structures chargées de la santé mentale, afin de répondre aux problèmes de santé mentale posés par les publics massivement victimes depuis les années quatre-vingt des "fractures" économiques, sociales, urbaines, institutionnelles, etc... Au sein de ces mêmes fractures s'est progressivement (re)constitué un tissu de ressources sociales axées sur la prévention et la prise en charge de la souffrance et de la maladie mentale, dans des cadres d'exception reconnus par l'action publique (cf. nouveaux dispositifs de lutte contre les exclusions tels que le RMI, ceux dirigés vers les jeunes en difficultés d'insertion, la politique de la ville, etc.). Ces dispositifs sont situés au plus près des besoins des populations, dans les interstices de l'action institutionnelle formelle (c'est là qu'on trouve les expériences les plus adaptées, mais paradoxalement considérées comme "atypiques" face aux pratiques dominantes), et parfois à la place des services publics spécialisés (avec tous les dérapages possibles aussi bien du point de vue éthique que technique maintes fois soulignés).

Dans cet univers, où cohabitent des spécialistes "psy" (notamment des psychologues) et des professionnels généralistes des secteurs médical et social avec des profanes plus ou moins militants et éclairés (associations représentant une catégorie de publics, groupes de personnes engagées dans des actions de prévention accompagnées par des professionnels, etc.), des interactions ont eu lieu qui ont permis souvent de relier la nouvelle demande sociale à l'action institutionnelle, en reformulant les bases conceptuelles et les termes de la relation entre les institutions et les publics : des méthodes plus ou moins novatrices (très rares dans la pratique de la psychiatrie institutionnelle) vont alors apparaître autant sur le registre de la préven-

tion que des soins (travail en réseau, action communautaire, écoute et orientation, prévention par les pairs, stratégies de proximité, réduction des risques, etc.).

Dans une perspective de santé publique élaborée à partir d'une approche locale des problèmes de santé mentale, il nous semble que la question centrale posée n'est pas seulement celui du devenir de la



psychiatrie, mais bien celui de la réorganisation du champ de la santé mentale au niveau local, en intégrant le nouveau tissu de ressources de premier niveau à celui des services spécialisés.

Le modèle d'organisation pourrait toujours être celui de la sectorisation, mais cette fois enrichi de l'interface qui manquait à son fonctionnement de première ligne (ce qui permet de situer la "psychiatrie réelle" à une place plus conforme à ses moyens : "Le secteur de psychiatrie ne doit plus avoir des partenaires, mais être partenaire"), ainsi que de quelques ajustements de planification qui nous semblent nécessaires pour que le système soit opératoire, notamment :

- Une combinaison serait à construire entre **des secteurs chargés des soins primaires en santé mentale** constitués par le réseau de structures d'interface apparues ces dernières années au sein des dispositifs de lutte contre les exclusions, **et le dispositif spécialisé**. Notre expérience du champ local de la santé nous montre que la planification de ces services doit se faire en tenant compte de la nature de la

demande qu'exige un travail de proximité, ainsi que de la densité médico-sociale locale qui doit être suffisamment importante pour être considérée dans une optique de planification de services publics. Dans cette perspective, il semble que les échelles les plus pertinentes pour les services de santé primaire en santé mentale soient des territoires correspondant à des bassins de vie abritant des populations qui se situeraient entre 30 000 et 60 000 personnes. En dessous de ce seuil de population, le champ de la santé est rarement organisé, et au dessus, il est souvent trop complexe pour qu'un seul dispositif puisse répondre aux besoins des populations dans une logique de proximité. Pour ce qui réferé au dispositif de soins spécialisés tels que ceux proposés aujourd'hui par la psychiatrie publique, il semble possible de les envisager dans une échelle plus proche de celles habituellement utilisées pour la planification des services hospitaliers (SROS par exemple), ce qui voudrait dire qu'ils pourraient s'adresser à des populations plus importantes et s'articuler sur plusieurs secteurs de santé primaire.

- Le système doit fonctionner sur un principe de régulation horizontal dont l'animation doit être assurée par une instance politique locale : il semble ici indispensable d'intégrer les municipalités aux schémas d'organisation actuels du champ de la santé publique, alors qu'elles assument de fait des nombreuses responsabilités en matière de dispositifs de premier niveau, même si elles ne sont pas toujours clairement situées au sein des Conseils régionaux de Santé créés par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits de malade et à la qualité du système de santé.

Vingt ans après l'initialisation de ce processus de recomposition du champ de la santé mentale à la base, il semble indispensable de reconsidérer la place occupée par la psychiatrie, alors que ni ses moyens, ni son projet social, n'ont été en mesure de répondre à toutes les attentes sociales à son égard. ■

* Le refus de "psychiatriser les problèmes sociaux" au nom d'une fonction disciplinaire décriée dans le passé, l'absence de demande de soins du sujet, et l'insuffisance des moyens qui permettent à la fois la prise en charge des malades et la demande sociale d'expertise, sont les arguments le plus souvent mobilisés.

** La problématique de la santé mentale des jeunes est à ce sujet très éclairante. Cf. par exemple l'intervention de Robert BRES au séminaire RESSCOM déjà cité.

Santé mentale et démocratie

La stupeur provoquée par les résultats du premier tour des élections présidentielles nous a donné envie de revisiter le type de rapport qu'entretiennent aujourd'hui le champ politique et celui du soin psychique.

Nous avons essayé de dépasser les prises de positions dites de grand principe afin de dégager quelques points récurrents qui interrogent...

Christian LAVAL
Sociologue,
ORSPERE-ONSMMP

La dimension psychique de la vie sociale est devenue un objet problématique interpellant à la fois la psychiatrie et le politique.

Cette interpellation se pose dans un contexte de triple crise :

- Le politique est en crise en tant que processus démocratique de prise de conscience collective, de discussion réflexive et contradictoire, et de puissance de *résolution des problèmes sociaux*.
- La psychiatrie est en crise. En tant que notion trans ou extra nosographique, la *souffrance psychique* appliquée au champ de la précarité a accéléré la crise des couples d'opposition normal/pathologique et soignant/patient qui structurent la discipline psychiatrique depuis deux siècles.
- Mais surtout, cette interpellation dévoile une crise du type de rapport entretenu jusqu'alors entre psychiatrie et politique : questions, réponses et perspectives !

Comment la psychiatrie se situe-t-elle par rapport au politique ?

L'intervention psychosociale, notamment auprès des personnes précarisées, doit-elle être seulement examinée comme une offre technique et non affectée par les mutations de fond qui travaillent une société de plus en plus connectique, donc inégalitaire ? La situation actuelle nécessite une appropriation par les psy de la dimension clinique de ce nouveau *problème social*. Mais ne nécessite-t-elle pas aussi de ne pas se laisser enfermer dans une arène de débat techniciste qui en abraserait la dimension politique ?

Comment le politique se situe-t-il vis à vis de la psychiatrie ?

Doit-il continuer à authentifier la *souffrance psychique* comme une figure nouvelle de problèmes sociaux dont la résolution doit être programmée et sanitarisée, c'est à dire projetée dans un calendrier politique ? La question posée est alors celle du rapport entre politique et subjectivités. Comment déjouer les formes modernes de la standardisation et du contrôle "soft" des subjectivités ? Comment ne pas constater, dans les cas les plus extrêmes, que la dimension psychique est évoquée en bout de course pour que la vie, même pour rien, même sans rien, même sans toit ni loi, continue ? Tout en revendiquant l'autonomie et la réalisation de soi comme un acquis de la civilisation, est-il encore possible de dénier les *dégâts de l'individualisme forcé* lorsque celui-ci n'est plus seulement porté par des valeurs émancipatrices mais est devenu, pour certains de nos concitoyens, une obligation néo-libérale à se "réaliser" ou à vivre transparent aux politiques sociales qui se proposent ?

Que le politique soit en souci des souffrances individuelles est une des conditions de sa crédibilité et même de sa requalification dans le contexte actuel, de la part de ceux-là même qui souffrent mais aussi de la part de tous les professionnels et bénévoles (enseignants, médecins généralistes, éducateurs, soignants, militants, humanitaires) qui côtoient ces souffrances tous les jours. Car en l'absence de la reconnaissance des mouvements subjectifs (joie, peur, souffrance, angoisse face aux mutations sociales), comment le politique peut continuer à produire du droit et non de la victimologie, de la confiance et non de l'agressivité, des sécurités et non du sécuritarisme, bref de la solidarité ? Lorsqu'il se contente d'enregistrer la plainte sans relier les souffrances et les inégalités, lorsque la publicisation inflationniste des souffrances est déconnectée de la construction du droit, le vivre ensemble devient de plus en plus problématique et le progrès social se fige au moins subjectivement. Alors la capacité du politique à résoudre les nouveaux problèmes sociaux donne l'impression de stagner.

Les règles du jeu de la démocratie se grippant, pourraient apparaître, en dehors du cercle démocratique mais au sein de la démocratie, deux tentations d'emprise :

- La première consisterait à gérer la souffrance psychique comme une pandémie ; or être en souci des subjectivités ne veut pas dire gérer les sujets. La notion de santé mentale ne peut se confondre avec une politique hygiéniste. Elle doit sans cesse outrepasser la logique médicale et être extensive à d'autres secteurs d'action publique qu'il s'agit d'aménager en fonction de cet impératif de santé mentale : le travail, le logement, la protection de la nature, le rapport entre les sexes et les générations, les loisirs, la formation, la culture...

- La seconde consisterait à substituer à une politique de reconnaissance intersubjective une politique des identités opposables dont les manifestations sociales conjugueraient racisme, xénophobie, bouc émissariat et expulsion de l'autre. La force de nuisance de cette politique extrême c'est qu'elle s'annonce *toute puissante à résoudre toutes les souffrances* alors qu'elle rompt avec le processus démocratique de prise de conscience collective et surtout de discussion réflexive et contradictoire.

La santé psychique des individus est devenue un enjeu collectif majeur. Mieux discerner l'importance de cet enjeu engage à se méfier des logiques de classements et des explications mono causales. Paradoxalement, cela engage aussi à promouvoir une clinique du lien et non des entités. C'est l'affirmation de ces engagements qui donne du sens à une conception vivante de la santé mentale, dépassant mais incluant la psychiatrie, qui ouvre la possibilité d'une meilleure compréhension des processus (créatifs ou destructeurs) de l'individuation et du lien social.

Tenir cette perspective de santé mentale déplace le mode de rapport entretenu classiquement entre soin psychique et politique. Il ne s'agit plus seulement de soigner des pathologies de la liberté (selon le mot de H. Ey) mais de considérer les souffrances psychiques individuelles comme le signe le plus révélateur des problèmes sociaux de notre temps. ■

Le syndrome d'auto-exclusion

1) Réalité et psychodynamique

Les intervenants de la clinique psychosociale, travailleurs sociaux ou soignants, sont confrontés d'une manière non exceptionnelle à un certain nombre de comportements d'abord incompréhensibles : parfois, plus ils travaillent avec certaines personnes dans le cadre de leur métier, plus ces personnes cassent le projet ou "se cassent" elles-mêmes, c'est à dire se font du mal ou fuient, sans que l'on puisse parler d'erreur technique ; il s'agit plutôt d'une méconnaissance.

Cette clinique est en effet à comprendre dans le cadre du syndrome d'auto-exclusion. Il y a des niveaux de souffrance intolérable qui visent à abolir la souffrance par désubjectivation violente.

La solution consiste, littéralement, à sortir de soi-même, comme un retournement en doigt de gant ; s'exclure de soi pour ne plus souffrir, sortir du désespoir, de l'agonie, de l'effondrement, de la révolte impossible. De ce fait, le sujet ne se sent plus ni dans son corps ni dans sa subjectivité. *Il perd ainsi le sentiment de la continuité de son existence*, et entre dans un cycle de destructivité, avec des **d é f e n s e s** paradoxaux très coûteuses qui accélèrent la spirale de l'exclusion.

Ces processus, portés par des mécanismes serrés de "clivage au moi" (au-delà du clivage du moi), s'accompagnent de signes de la lignée du déni et d'une incapacité au deuil, avec un affaiblissement majeur des capacités "du moi". L'auto-exclusion, méca-

nisme psychique de désubjectivation, est intimement corrélé à l'exclusion sociale qui la précède logiquement en tant que défaillance de l'environnement.

2) Sémiologie : sept signes

1° Le rapprochement subjectif, au sein d'une relation d'aide, entraîne des effets inverses à ceux qui étaient attendus ; *aider un usager ou un patient l'aggrave*, c'est le signe cardinal.

2° *Le corps est anesthésié ou hypoesthésié* sur le plan cutané mais aussi cénesthésique. Cela entraîne une diminution voire une abolition de la perception des douleurs somatiques en cas de lésions et de maladies. Ce signe est directement associé à l'émoussement émotionnel, avec des signes de repli et d'inhibition affectivo-cognitive.

3° Sur ce fond d'émoussement, on observe *des comportements paroxystiques* : le retour brutal du clivé (retour de la souffrance), parfois à l'occasion de rapprochements affectifs, entraîne des comportements plus ou moins violents visant à la rupture du lien. L'alcoolisation en est souvent l'occasion.

4° On note *une tendance générale à l'incurie*, à l'absence du souci de soi-même. La demande d'aide est abolie et l'aide proposée souvent refusée.

5° Certains *objets concrets*, tenant lieu de ce qui est perdable et perdu, sont hyper-investis.

6° Il y a (presque) toujours *une rupture activement entretenue des liens transgénérationnels*.

7° La plupart des signes vont *contre l'accès au soin* (signes 1, 2, 4, 6) tandis que le retour paroxystique du clivé conduit souvent à l'urgence, ouvrant paradoxalement une occasion de soin.

3) Commentaires

Ces personnes sont psychiquement dans un monde à l'envers, pour se protéger. Par exemple du côté de l'inversion de la demande¹.

Le syndrome d'auto-exclusion est-il réversible ?

Il y a des situations réactives et facilement résolutive via une relation de respect. Il est aussi des syndromes avec clivage serré, surtout lorsqu'ils s'accompagnent d'une anesthésie effective du corps et de la sensibilité. Dans ces situations, on doit certes garder l'idée d'une réappropriation de sa subjectivité par le sujet, mais sans jamais la forcer. Cela peut durer des mois, des années, à travers les échecs multiples. Vouloir forcer les défenses, c'est empêcher que le sujet vive ainsi protégé, pouvant entraîner l'ultime complication : la mort.

Le syndrome d'auto-exclusion n'est pas spécifique, il constitue *la défense ultime commune pour tout processus d'exclusion* lorsqu'un être humain n'est plus reconnu comme digne d'exister dans une situation extrême : précarité sociale, maladie à valence excluante, situation d'inhumanité.

Nous n'éluons pas le rapport avec l'histoire personnelle du sujet, les traumatismes et les clivages précoces. Cependant, il faut savoir que dans les circonstances du syndrome d'auto-exclusion, l'anamnèse est difficile et même dangereuse ; elle révèle un blackout quasi complet sur le passé, avec une prévalence de l'actuel en situation d'exclusion. Lorsqu'on suit un adolescent qui entame un trajet calamiteux d'exclusion, il peut évoluer, mais heureusement pas nécessairement, vers un syndrome d'auto-exclusion. ■

Jean FURTOS
Psychiatre,
ORSPERE-ONSMMP

BIBLIOGRAPHIE :

¹ Cf. *Rhizome n°2, Le coin du clinicien*, p. 9 " *Connaitre l'impossibilité de la demande* ".



Nous avons lu

■ Histoire de la Psychiatrie de secteur ou le secteur impossible ?

Recherches N°17, mars 1975 réalisé par Lion Murard et François Fouquet.

Un classique à lire et à relire : l'histoire de la psychiatrie de secteur racontée par ses acteurs (psychiatres et administrateurs), et le récit de l'expérience de "programmation institutionnelle" sur le terrain des villes nouvelles qui ont permis de cerner trois paradoxes interpellant sur la possibilité du secteur...

■ Le deuxième corps

Marie Pezé Ed. La Dispute Série Legenredumonde, Février 2002

La souffrance mentale est irrecevable au travail ; seule la maladie physique peut être entendue et bénéficie d'un statut de réalité. Ce livre, nourri de toute une série de situations concrètes vécues par des patients accidentés du travail, décrit avec précision le travail thérapeutique qui aidera à faire surgir ce «deuxième corps».

■ Toxicomanies et Lois : controverses

Ed. L'Harmattan, Juin 2002.

Cet ouvrage collectif est le fruit de plusieurs années de travail mené au sein d'une commission de réflexion de l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie (A.N.I.T).

■ Manuel de Psychiatrie citoyenne : l'avenir d'une désillusion

Jean-Luc Roelandt et Patrice Desmons Ed. In press, Coll. Des pensées et des actes en Santé Mentale, juin 2002.

A lire pour le titre... Son contenu sera abordé dans le prochain numéro.

■ Pour une psychiatrie sociale - 50 ans d'action de la Croix-Marine

Sous la direction de Jean-Paul Arveiller. Ed. Erès, Septembre 2002.

Cet ouvrage retrace l'histoire de la psychiatrie sociale et donne la parole à des praticiens de cette politique militante de santé mentale.

Agenda

OCTOBRE 2002

■ Quels dispositifs de soins ou de prévention pour les sujets dont les souffrances se manifestent sur la scène sociale ?

Journée d'étude organisée par l'AERPP (Association pour l'étude et la Recherche en Psychologie clinique et Psychopathologie).

19 octobre 2002 Université F.Rabelais à Tours.
Tél : 02 47 32 08 18 Mel : afat@wanadoo.fr

■ Les Rapports Psychiatrie et Justice

Cycle de Conférences de l'A.N.R.E.P (Association Nationale de Recherche et d'Etude en Psychiatrie) Dimanche 20 octobre 2002, à Avignon. Tél 04 90 03 94 01 ou 04 90 03 91 05

■ Souffrance sociale ou souffrance psychique : mieux comprendre pour mieux agir

Journée d'étude organisée par l'Association Régionale FNARS PACA-CORSE-DOM Mardi 22 octobre 2002 Centre La Baume-Les-Aix. Tél : 04 96 11 06 10 Fax : 04 91 33 40 55.

NOVEMBRE 2002

■ La livre de chair - Au vif du sujet

2ème Colloque de l'Association Psychanalyse et Médecine les 22, 23 et 24 novembre 2002. Hôpital de la Pitié Salpêtrière, Amphithéâtre de Stomatologie 47-83, bd de l'Hôpital, 75013 Paris. Tél 01 42 63 57 52 ou 06 19 70 16 12.

■ Abus, Violences et Contextes : comment intervenir en famille, en quartier et en institution dans des situations de violences.

Congrès-Formation les 27, 28 et 29 novembre 2002 - Centre de Congrès Pierre Baudis à Toulouse.

Tél : 05 61 52 31 34 Fax 05 61 52 22 92.

DECEMBRE 2002

■ La souffrance psychique et sociale

Colloque organisé par le Réseau Médico-Social de Sénart (77) le 5 décembre 2002.

Inscriptions à l'Association le Relais de Sénart.
Tél : 01 64 89 76 40 Fax 01 64 89 76 41

Mel : relaisdesenart@wanadoo.fr

■ Frontières de la psychiatrie, dedans/dehors, quelles limites ?

Les 6èmes journées scientifiques de l'hôpital Esquirol

Judi 5 et vendredi 6 décembre 2002, Espace Eugène Delacroix, 27 Rue du Maréchal Leclerc à St Maurice (94) - Tél : 01 43 96 60 37

■ La chronicité en psychiatrie aujourd'hui. Historicité et institution.

Les 4èmes journées d'Angers.

Judi 12 et vendredi 13 décembre 2002

Centre des Congrès à Angers

Tél : 02 41 80 77 30 Fax : 02 41 80 77 50

MAI 2003

■ La pensée dans le corps, le corps dans la pensée

Journées Nationales de la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant, de l'Adolescent et des Disciplines Associées

16 et 17 mai 2003, Centre de Congrès, Toulouse.

Renseignements : Pr Jean Philippe RAYNAUD Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital La Grave, Place Lange, 31052 Toulouse Cedex

Tél : 05 61 77 78 74 - Fax : 05 61 77 79 02

Mel : raynaud.jph@chu-toulouse.fr

Iconographie réalisée à partir de photos d'archives mises à disposition par le CH du Vinatier (Bron).

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
Assistante de rédaction : Claudine BASSINI

Comité de rédaction :

- Guy ARDIET, psychiatre (St Cyr au Mont d'Or)
- Jean-Paul CARASCO, infirmier (St Maurice)
- François CHOBEAU, 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 GOUJFFÈS, psychiatre (UMAPPP 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
Web : www.ch-le-vinatier.fr/orspere

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

Tirage : 8 000 ex.

ISSN 1622 2032