

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 (suite)

¹ Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

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

³ 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 PRAPS¹, nous avons commencé à donner une extension à ce dispositif en réseau², 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 frontière³) 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)

² 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 épidémiologique² 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. ■