



Recherches Évaluations Sociologiques sur la Santé,
le Social et les Actions Communautaires
40 rue de Malte 75011 PARIS
Tél. : 01 43 55 79 48/50 - Fax : 01 43 55 79 73
E-Mail : resscom@wanadoo.fr

Délégation Interministérielle
à la Ville

*194, avenue du Président Wilson
93217 Saint-Denis la Plaine Cedex*
Tel : 01 49 17 46 46
www.ville.gouv.fr

Séminaire Ville, violences et santé mentale

BULLETIN N° 1—AVRIL 2001

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION</u>	3
<u>1 - SYNTHÈSES DES SÉANCES</u>	5
<u>1-1- SANTE MENTALE ET SANTE PUBLIQUE : définitions, catégories, facteurs et supports (individuels, collectifs, culturels)</u>	5
<u>1-2 – SANTÉ MENTALE - PRÉCARISATION - VIOLENCE SOCIALE</u>	8
<u>1-3 - Troisième séance - POLITIQUES LOCALES, PRÉVENTION ET PROMOTION EN SANTÉ MENTALE : l' espace municipal, une zone d' expression et de gestion pertinente ?</u>	12
<u>2 – DOSSIERS</u>	16
<u>HISTORIQUE DU DSM</u>	16
<u>LA CLINIQUE PSYCHOSOCIALE</u>	19
<u>3 - PROBLÉMATIQUES TRANSVERSALES</u>	24
<u>3.1- PRÉVENTION ET SANTÉ MENTALE</u>	24
<u>3.2- VIOLENCE ET SANTÉ MENTALE</u>	26
<u>4 - RÉFÉRENCES UTILISÉES DANS LE SÉMINAIRE</u>	28
<u>4.1- RÉFÉRENCES DES INTERVENANTS et des DISCUTANTS</u>	28
<u>4.2- RÉFÉRENCES DES AUTEURS CITES DANS LES INTERVENTIONS</u>	29
<u>4.3- RÉFÉRENCES COMPLÉMENTAIRES</u>	29
<u>5 - MOTS CLES - LEXIQUE DU SÉMINAIRE</u>	31
<u>5.1- SUR LES DYNAMIQUES SPÉCIFIQUES A L' OEUVRE DANS LA SANTÉ MENTALE</u>	31
<u>5.2- SUR LES POLITIQUES ET LES MÉTHODES D' ACTION EN SANTÉ MENTALE</u>	34
<u>6 – QUESTIONS ET CORRESPONDANCES</u>	37
<u>Appel reçu de Marcel Jaeger</u>	37
<u>Contribution du Dr Francis LEVY (Médecin directeur du Service de Santé de la ville de Mulhouse)</u>	40
<u>LA SUITE</u>	44

INTRODUCTION

Ce bulletin rend compte de trois séances du séminaire animés par l'association RESSCOM sous l'égide de la Délégation Interministérielle à la Ville, entre les mois de novembre 2000 et janvier 2001.

Ces 3 séances ont rassemblé les principaux acteurs travaillant sur ces thématiques : membres des services d'Etat (DIV, DGS, MILDT, ORS, IVS, DRASS, DDASS de plusieurs départements), services de santé des municipalités, associations, chefs de projets contrats de ville, CRES, acteurs de première ligne (médecins, psychologues, assistantes sociales, psychiatres, infirmières), doctorants et chercheurs (CNRS, CRESP, IEP...). Sur les 100 personnes inscrites, 60 exercent leur activité à Paris et en Ile-de-France, 12 dans la région Ouest. Le Sud (Est et Ouest) est représenté par 6 acteurs quant au Nord, centre, et Est, ils sont chacun représenté par 4 acteurs.

Pour poursuivre cette réflexion, et compléter la première restitution réalisée via les sites Internet de RESSCOM et de la DIV (transcription complète des séances), nous vous proposons ce bulletin qui synthétise les questions abordées et propose des repères et des pistes pour approfondir la réflexion et ouvrir plus largement le débat. Le contenu du séminaire était très riche, et il a été nécessaire de le laisser décanter, d'en sortir les points forts et de recadrer les questions transversales que Claude Brévan, déléguée interministérielle à la ville, a posé à l'ouverture du séminaire.

“Ce séminaire, qui est le premier sur le thème de la santé mentale, va comporter trois séances de travail. Il va, grâce à des tuilages entre les différents thèmes, donner l'occasion non pas de faire un recensement exhaustif de toutes les connaissances sur le sujet et de toutes les expériences intéressantes mais au contraire de faire émerger un certain nombre de pistes solides, des constantes, sur lesquelles on pourra essayer de construire quelque chose. Dans un deuxième temps, ce séminaire implique un travail autour des méthodes et dans un troisième temps il s'agira de voir comment on peut organiser ces problématiques, après qu'elles aient été suffisamment décantées pour être facilement accessibles à un réseau d'acteurs qui travaillent dans le cadre de la politique de la ville et qui n'est pas forcément aussi rôdé aux problématiques de santé que le sont la plupart des personnes qui sont aujourd'hui dans cette salle. Il faut donc faire un travail de vulgarisation ou tout au moins de valorisation des résultats de la recherche, ce qui nous paraît essentiel pour atténuer la frontière entre ceux qui savent et ceux qui ne savent pas. Toute notre ambition est donc d'essayer de créer des passerelles qui ne soient pas des raccourcis trop caricaturaux mais plutôt des clés pour la réflexion et des références pour avoir accès au savoir.”

La lecture raisonnée de ce bulletin s'inscrit donc dans l'esprit du séminaire qui vise à ouvrir un dialogue avec tous ceux qui nous accompagnent : dans cette perspective, il s'agit bien entendu d'une première lecture qui reste ouverte à vos réactions, que nous attendons nombreuses aux adresses postales ou électroniques indiquées ci-dessus.

Enfin, ce bulletin doit aussi nous permettre d'opérer une transition vers les séances que nous réaliserons sur l'année 2001 avec la DIV et si possible avec d'autres services de l'Etat pour tenter, entre autre, *d'articuler la problématique de la santé à d'autres problématiques comme celle de la sécurité, celle de l'éducation, et les problématiques sociales sur les territoires de la politique de la ville* (introduction de Claude Brévan à la première séance).

Les séances suivantes devraient être (confirmation vous en sera donné par courrier) :

Santé mentale et conduites addictives (1) : imbrication de problématiques ou relations dialectiques ?

Santé mentale et conduites addictives (2) : écoute et prévention

Santé mentale, sécurité et violences urbaines (1) : syndrome ou mode d'existence

Santé mentale, sécurité et violences urbaines (2) : la production sociale et communautaire de sécurité

Les dates et le détail des séances seront diffusés ultérieurement sur les site de RESSCOM et de la DIV.

Dans l'attente des questionnements, réflexions et références à vos expériences que ce bulletin pourra vous inspirer, ainsi que dans l'espoir de vous retrouver lors des prochaines séances du séminaire, recevez, chers amis et collègues, les salutations de l'équipe responsable du séminaire ainsi que des experts ayant participé à la réalisation des séances analysées dans ce bulletin.

Experts ayant participé aux trois premières séances

Antoine LAZARUS – Professeur de Santé Publique – Faculté de Médecine de Bobigny

Bernard DORAY – Psychiatre des hôpitaux

Equipe responsable du séminaire

Catherine RICHARD - Chargée de Mission Santé DIV

Michel JOUBERT – Sociologue CESAMES (CNRS), RESSCOM

Fernando BERTOLOTTI - Sociologue RESSCOM

Céline FLEURY - Médecin de Santé Publique RESSCOM

1 - SYNTHÈSES DES SÉANCES

1-1- SANTE MENTALE ET SANTE PUBLIQUE : définitions, catégories, facteurs et supports (individuels, collectifs, culturels)

En ouvrant le dossier « prévention » sur le domaine de la santé mentale nous étions bien conscients qu'une difficulté majeure nous attendait. En France, ce champ n'est pas encore vraiment structuré comme un secteur propre de réflexion, de recherche et d'intervention. D'un côté nous avons le secteur de la maladie mentale (qualifié de dispositif de soins en santé mentale), dominé par une approche centrée sur les pathologies ; de l'autre le champ social dans sa globalité qui est censé traiter de tous les problèmes d'adaptation. Comme le soulignait le dernier rapport du Conseil Économique et Social (rapport Joly, 1997), « il n'existe pas en France de politique de santé mentale, conçue comme élément d'une politique de santé publique (déficit du système d'observation et de recherche, absence de réponse à des problématiques ciblées comme les questions de l'adolescence, de la prévention, de la dépression ou de l'exclusion ».

Malgré cela, ans le cadre de la politique de secteur, de nombreuses collaborations se sont instaurées ici et là pour développer des partenariats et la prévention sur le plan de la santé mentale ; dans les contrats de ville et les PRAPS (Plans régionaux d'accès aux soins et à la prévention) la santé mentale est apparue comme une zone de questions concrètes pour les acteurs de terrain, sans que pour autant des référents sérieux soient utilisés conjointement pour en rendre compte. Les tensions, le mal-être et diverses formes de dépression plus ou moins aiguës, la violence, les tentatives de suicide et les conduites à risques sont devenus des phénomènes récurrents dans l'action locale, qu'il s'agisse d'éducation, d'insertion, de lutte contre les exclusions, de vie locale ou de développement social : comment aborder ces questions ? Avec quels outils de diagnostic, quelles collaborations, quelles ressources d'action sociale ? A défaut de réponse à ces questions, la tendance est à la défausse ou au bricolage.

Une circulaire récente relative à l'évolution du dispositif de soins en santé mentale (DH/EO4/DGS/SP3/DAS/DIRMI, n°99, 2000) précise pourtant la nécessité de mieux articuler le dispositif de soins psychiatriques public et privé avec les « acteurs intervenant dans le champ de la santé mentale » en s'intégrant dans des « réseaux plus larges de prévention et de soins ». Mais une question demeure : une prévention ou des actions sur les ressorts de la santé mentale sont-elles possibles, ont-elles du sens, ou bien ces collaborations ne peuvent-t-elles se cantonner qu'à l'amélioration de la prise en charge de la souffrance psychique de publics éloignés de la psychiatrie et/ou ayant besoin d'un suivi au plan social ?

Qu'en est-il des troubles qui n'entrent pas dans les pathologies pour lesquelles des catégories diagnostique et les soins psychiatriques sont bien établis ? Qui est compétent pour les aborder avec quel dispositif de partenariat ?

Il n'est pas sûr que nous puissions répondre avec ce séminaire à toutes ces questions, mais il nous est apparu important d'ouvrir le débat sous plusieurs entrées :

- en tentant de comprendre ce qu'il en était des catégories psychiatriques, qu'elles relèvent de l'épidémiologie ou de la clinique, et au nom desquelles on tend à classer certains des problèmes en question comme relevant de la maladie mentale pendant qu'on en renvoie d'autres au champ social ? Sans remettre en cause la validité de ces classifications et leurs qualités techniques, nous pensons que leur approche pouvait constituer un préalable à la

compréhension des liens entre santé et maladie mentale, domaine de la clinique et domaine social

- en tentant d'approcher ensuite plusieurs composantes des interactions santé mentale / violence / précarité : quel est le sens de ces manifestations, dans quels contextes se développent-t-elles, à quelles violences sociales répondent-t-elles ? Le propos sera ici plus directement articulé aux problématiques portés par des catégories particulières de population : personnes subissant les logiques de précarisation et d'exclusion, personnes soumises à des tensions et pressions fortes dans le monde du travail, jeunes en difficulté d'insertion... Comment prendre en compte les processus conduisant ici à déclencher, révéler ou exacerber des souffrances psychosociales sur le plan de la prévention ? A quelles catégories de compétences et d'action les référer ? Sur quels ressorts agir sans médicaliser ni tout renvoyer aux conditions sociales ?

- enfin, en examinant plus directement la traduction locale de ces préoccupations et des expériences engagées pour y répondre : réseaux, groupes de réflexion, actions communautaires, ouvertures réciproques des acteurs (secteur de psychiatrie, service social, acteurs de proximité sur le plan de l'insertion), expérimentation de nouveaux dispositifs (lieux d'écoute, espaces de rencontre, dynamiques collectives).

La première séance a manifestement été un peu trop chargée d'exposés pour qu'une discussion s'ouvre sérieusement entre les intervenants et les personnes dans la salle qui sont très largement confrontées à ces questions et désireuses de dialoguer. Les deux autres séances tiendront compte de cet élément pour très vite faciliter les échanges et les questionnements.

Malgré tout plusieurs enseignements émergent des questions abordées par les uns et les autres :

- à propos du **système de catégorisation** en vigueur (DSM IV, CIM10) : il est apparu très logiquement articulé à la logique de soins, c'est à dire à une analyse des demandes de personnes considérées comme malades fondée sur une sémiologie de la pathologie des sujets. Sans remettre en cause la pertinence interne de cette classification, beaucoup de questions se sont centrées sur ses limites : d'une part sur le plan de l'effacement des interactions avec l'environnement social et des contextes de manifestation (Falissard) ; d'autre part sur le marquage culturel de ces catégories, et l'inadéquation de normes diagnostique univoques relatives à la détresse psychologique (R. Massé). On ne peut en même temps pas ignorer les fonctions manifestes d'une telle classification (R. Rechtman) : elle permet de répondre aux besoins qui s'inscrivent dans ce système (souffrance des personnes malades classées dans une pathologie déterminée) et de rendre compte de l'affinement des catégories diagnostique dans le domaine de la psychiatrie qui a conduit à écarter les importations abusives de réalités construites dans le champ social (homosexualité, souffrance sociale...).

- sur l'ouverture de la compréhension relative à la **souffrance vécue**, des approches multi-dimensionnelles (R. Massé) partant de la manière dont les personnes rendent compte de leur détresse comme de leur expérience du « bien être » (approche phénoménologique), permettent de mettre à jour des configurations plus « ouvertes » (moins psychologisées) de ce que les personnes expriment. Des « idiomes de détresse » ressortent de ce travail, regroupés autour de quatre pôles : l'auto-dévalorisation (ou dépréciation) / la démoralisation (pessimisme à l'égard du futur) / l'angoisse et le stress / le retrait, repli sur soi et l'isolement social (idiome central enregistré au Québec). Il s'agit ici moins de symptômes que de modes ou canaux d'expression utilisés par les personnes pour rendre compte de ce qu'elles ressentent. Elles sont appréhendées non plus comme des malades, mais comme des personnes exprimant, identifiant, analysant et rendant compte de tensions vécues sur une scène sociale.

- Cette manière d'envisager les souffrances ouvre des perspectives pour les intervenants : a minima les actions visant à faciliter l'émergence de cette scène sociale et de cette communication. Mais aussi une autre **problématique de la santé mentale** où les logiques d'adaptation et de recherche d'équilibre dans lesquelles s'inscrivent les personnes sont considérées globalement, en prenant en compte les dimensions positives de la psychologie et des ressources mobilisées (M. Tousignant). La territorialité, les capacités d'attachement, les systèmes de soutien social et de défense deviennent des composantes à part entière de la santé mentale. Reste à être réellement en mesure de pouvoir saisir ces processus sans en accentuer les effets pervers : comment écouter et aider sans produire de la honte et de la dévalorisation, comment développer le sentiment de compétence et la résilience sans psychologiser la situation d'une personne et perdre la dimension du contexte ? La dimension de la communauté a été introduite à cette occasion : sa résilience sociale (capacité à produire des ressources et des mobilisations appropriées pour répondre aux détresses individuelles), le souci d'une qualité de l'espace public (salubrité, sécurité, diversité des formes de socialisation et d'expression, multiplicité des possibilités de rencontre et d'échange).

La discussion a permis de dépasser ce qui pourrait apparaître comme une polarisation entre d'un côté la clinique et les pathologies individuelles et de l'autre le champ social et les dynamiques collectives (A. Ehrenberg). Les personnes concernées par ces problèmes doivent revenir au centre des discussions ; certaines souffrent sans être classables dans des catégories pathologiques alors que d'autres sont malades sans souffrir. Parmi celles qui souffrent certaines ne sont pas en situation de s'exprimer au travers d'une demande susceptible d'être comprise et intégrée par le champ de la psychiatrie alors qu'elles ont besoin de supports d'aide psychologique appropriés, alors que d'autres sont conduites à médicaliser leur souffrance (consommation de psychotropes) alors qu'elles sont à la recherche de supports sociaux. Sans remettre en cause les catégories utilisés par les champs concernés ou les déplacer abusivement de l'un à l'autre, la clarification de ce que pourrait dessiner la « santé mentale » comme champ sécant apparaît plus nécessaire que jamais.

(Synthèse effectuée par M. Joubert, sociologue, RESSCOM)

1-2 – SANTÉ MENTALE - PRÉCARISATION - VIOLENCE SOCIALE

L'intervention de Robert BRES (Psychiatre au CHU/CHS de Montpellier - Responsable du service d'accueil pour adolescents, ancien élu municipal à Montpellier chargé de la prévention et de l'environnement) s'est appuyée sur l'expérience développée depuis quatre ans au sein du secteur adultes du CHS/CHU de Montpellier, d'une unité d'accueil et de soins pour grands adolescents ayant entre 15/16 ans et 25 ans. Il s'agissait par ce biais d'expérimenter des modes de réponse institutionnels plus efficaces, susceptibles de correspondre à une demande sociale forte adressée à la psychiatrie pour la prise en charge d'adolescents présentant des problématiques mal prises en compte par les services sociaux ou par le secteur psychiatrique dans son fonctionnement classique, dans la mesure où elles se situent entre le normal et le pathologique. Au regard du diagnostic portée sur les besoins des adolescents accueillis dans cette unité, soit « *quelqu'un de seize ans* (qui ne va pas nécessairement mal, mais) *dont les parents souffrent* », l'expérience présentée révèle en définitive une nouvelle figure de la traditionnelle fonction de pacification sociale de la psychiatrie. Dans une société d'individus vieillissante, les cassures générationnelles et identitaires génèrent une souffrance qui ne semble pas trouver d'autres espaces d'expression et d'élaboration que ceux de la médecine, et plus précisément de la psychiatrie. Cette unité semble avoir pour principale fonction la médiation entre le jeune et les autres (sa famille, son entourage social et institutionnel), en usant de sa faculté de distinction entre le normal et le pathologique : lorsqu'elle intervient, elle donne en effet aux acteurs sociaux (y compris au propre adolescent qui doute naturellement de sa « bonne santé mentale » à cette période de sa vie), les repères nécessaires à l'élaboration d'un conflit souvent inhérent à l'adolescence, qui n'arrivait pas à se réaliser dans des conditions suffisamment bonnes pour chacun. Mais cette fonction psychosociale de la psychiatrie doit être considérée avec prudence du fait de l'image sociale de celle-ci, qui marque ceux dont elle s'en occupe du stigmate de la folie : au moment où se définit la « carrière sociale » du sujet (l'adolescence, c'est justement le moment de la vie où il s'agit d'emprunter le chemin de la vie adulte), les risques sont grands de le « dérouter » vers un destin organisé par la maladie mentale (« *un diagnostic est vite interprété comme un pronostic* »). Afin de réduire ces risques, un travail important de qualification et mise en compétence des acteurs mobilisés lors de la prise en charge de l'adolescent est réalisé par l'unité, y compris auprès de ce dernier, dans sa capacité à rester maître de son destin.

Plusieurs hypothèses théoriques et principes stratégiques d'intervention ont été avancés comme particulièrement importants pour structurer la qualité des relations entre l'adolescent, son entourage et l'équipe soignante :

- Le positionnement du dispositif clairement situé aux portes de la psychiatrie, et le positionnement du service aux portes du secteur adultes, « dans le sens » de la temporalité de l'adolescent (et non pas dans le champ de la pédopsychiatrie que délimite une espace psychosociale qu'ils sont justement en train de quitter), posent un cadre d'intervention institutionnel particulièrement adapté,
- L'adoption de certains repères théoriques opérants sur les enjeux de la fin de l'adolescence permettent d'approcher plusieurs domaines sensibles de la problématique de ces adolescents, tels que les notions de convocation culturelle permettant de comprendre les processus de transformations identitaires, de rendez-vous manqués permettant de structurer la genèse des difficultés d'insertion sociale, ainsi que l'appréhension des troubles du comportement de ces jeunes (et notamment

de la violence) comme des modalités conjuratoires de la question de la fin de l'adolescence

- La mise au point d'un certain nombre de principes et conditions d'intervention :
 - absence de pathologie mentale avérée
 - négociation avec le jeune qui doit accepter le travail proposé
 - hospitalisations très courtes (15 jours) pour des besoins d'observation et pour induire un principe de temporalité dans le cadre d'intervention
 - travail de qualification (qu'est-ce qu'un adolescent ? quelle est sa problématique ?) et de mobilisation des professionnels et de l'entourage social de l'adolescent en simultané
 - étayage de la problématique sur ses aspects médicaux et sociaux comme base du travail partenarial
 - développement du travail en réseaux
 - inclusion d'une recherche systématique des finalités supposées des actes déviants dans l'anamnèse (les actes des adolescents ne répondent pas seulement à des mécanismes inconscients ancrés dans une expérience antérieure, ni sont systématiquement liés à la folie ou à l'influence de produits psychoactifs)
 - prudence interventionnelle : le « retour du clivé » est aussi un risque présent lorsqu'on s'attaque à cette problématique (pour l'adolescent et pour son entourage)

Mais cette intervention a aussi permis de pointer un certain nombre d'éléments qu'interrogent la cohérence et l'efficacité des politiques et dispositifs publics en matière de prévention :

☛ Marcel JAEGGER rappela que de tels dispositifs pouvaient aussi émerger pour couvrir un espace abandonné par d'autres qui en ont la mission (par exemple les instituts de rééducation ou les centres éducatifs renforcés), et indique qu'il s'agissait là d'un effet pervers des nouvelles politiques de lutte contre les exclusions, telle la politique de la ville, qui facilitait l'émergence de systèmes substitutifs à ceux du droit commun, en créant un cadre expérimental de gestion de populations marginalisées socialement ou institutionnellement. Cette dimension de la « production » de la politique de la ville reste jusqu'ici assez mal connue et évaluée, ce qui explique probablement les dérives expérimentalistes de certains dispositifs qui depuis plus de 15 ans sont toujours « expérimentaux »...

☛ Laurent EL GHOZI rappela d'une part, que certains « rendez-vous manqués » révèlent l'insuffisante capacité d'adaptation des institutions, y compris la psychiatrie, et s'interrogea d'autre part, sur le bien fondé du caractère « expérimental » d'un dispositif d'ajustement des pratiques institutionnelles qui semble indispensable et de bon sens

☛ On a également pu voir le rôle parfois paradoxal et néanmoins important des dispositifs de la politique de la ville en tant qu'espace de réflexion, d'expérimentation et d'ajustement des politiques et pratiques institutionnelles en matière de prévention, lorsque Robert BRES rappelait que c'est à partir de son expérience d'élus local et dans le cadre des dispositifs de la politique de la ville qu'il a pu imaginer l'unité d'accueil d'adolescents et penser la prévention

☛ Nous avons pu aussi noter que l'adaptation du dispositif spécialisé en santé mentale à la nouvelle demande sociale exige une forte détermination des institutions de tutelle, car elle implique une rupture avec la pratique et parfois même avec les références classiques de la psychiatrie. Mais ces transformations des pratiques psychiatriques « à la frontière du social » posent cependant des problèmes de fond, dans la mesure où les catégories utilisées, celles de la nosographie psychiatrique, s'accommodent mal des problèmes de ces adolescents, et ne contribuent pas à optimiser la cohérence et l'efficacité des dispositifs de protection sanitaire et sociale

La réflexion proposée par **J. Furtos** se présente comme située à l'articulation de la clinique psychosociale et de la réflexion théorique et, à ce titre, est susceptible d'aider à des niveaux divers professionnels confrontés aux questions de violence (conducteurs de bus, policiers, fonctionnaires de l'ANPE, professionnels de la relation d'aide, bénévoles, etc. Elle aborde plusieurs dimensions des liens entre santé mentale, précarité et violence :

1- La **dimension terminologique** : entre l'*agressivité* qui engage un mouvement vers l'autre (proie, alter ego), la *violence* qui suppose la destruction de l'autre et la *haine* qui fait exister l'autre d'une manière intense et la *colère* qui traduit le côté émotionnel de ces trois mouvements, les mots renvoient à des réalités différentes. Il semble exister un rapport inverse entre le taux d'auto-agressivité (tentatives de suicide) et le taux de violence dirigée vers autrui. Plus il y a de crimes, moins il y aurait de suicide et réciproquement. Plus les cités seraient précaires en termes de minima sociaux, moins il y aurait de suicide. Peut-être parce qu'il y aurait plus de violence. Ces données incitent à prendre en compte non des chiffres isolés, mais l'articulation entre plusieurs facteurs. Les « psy » définissent la *société précaire* comme une société qui a l'obsession de perdre, qui est bâtie sur la peur de perdre son argent, son logement, son travail, son statut, ses avantages sur la retraite, ses effectifs à l'hôpital, ses budgets, etc. Toute l'énergie psychique y est orientée sur l'idée de ne pas perdre. Dans ce contexte, la *bonne santé psychique*, c'est de ne pas avoir peur de perdre, ou de se battre pour ne pas perdre, de sortir de l'obsession de la perte. La *clinique psychosociale* est née d'un constat de souffrance psychique que l'on ne peut plus cacher et qui se manifeste sur les lieux du social ; les professionnels ou les bénévoles du social sont conduits à s'y confronter journallement.

2 – Les mécanismes de défense : le retour du clivé

En référence à René Roussillon (cf. biblio), la dynamique conduisant au « *retour du clivé* » apparaît pouvoir expliquer certains types de violences. Le clivage est toujours corrélé à une situation traumatique qui n'est pas régulée : il se manifeste au niveau du moi, de la personnalité (interne et sociale) avec une réaction de congélation d'une partie d'entre elle, destinée à écarter ce qui ressenti comme intolérable, insupportable à vivre. Une partie du moi est coupée de l'autre : c'est le clivage. Winnicott parle de *faux-self*. On le retrouve dans les contextes de précarité avec les affects de honte qui se situent à l'interface entre vie sociale et vie privée : ils renvoient à la manière dont on est reconnu par autrui (sentiment de ne pas exister, envie de disparaître, brisure intime avec sentiment d'appauvrissement instantané du moi, perte du dialogue interne, impossibilité de parler avec autrui, adoption d'un faux-self. Pour les personnes cumulant des situations d'humiliation (la précarité y contribue largement) la coupure va persister et produire de la honte et des pathologies chroniques pouvant aller jusqu'à la dépersonnalisation. Le corps se trouve très directement impliqué dans ces situations. Le dégel peut survenir quand un lien de confiance est établi : la partie inhibée, anesthésiée, qui ne voulait pas souffrir, va alors revenir, et cela peut-être grave. Si la personne aidante est trop proche, trop bienveillante, il peut y avoir des catastrophes, parce que dans ce cas, le réchauffement de la partie gelée est trop rapide. Le retour du clivé peut occasionner des sensations cinesthésiques, une mémoire corporelle dépersonnalisante, pouvant ouvrir à des accès de violence très paroxystiques. Des précautions sont donc essentielles sur le plan clinique. Il peut aussi y avoir des retours positifs du clivé : l'intelligence déposée quelque part peut alors émerger si des conditions appropriées sont créées. La vie émotionnelle des personnes en extrême précarité est souvent exhibée alors que leur intelligence est clivée, mise en réserve. L'idéal est congelé quelque part, mais il existe. Quand quelqu'un fait un retour du clivé, violent, sur le modèle de la désintégration, il faut ramasser l'agressivité, ne pas rester

distancié ; les professionnels confrontés à ces interactions (mécanismes de compensation, tendance à se cliver soi-même, délinquance institutionnelle).

3) Comment **gérer la violence** : au contact de la précarité, des patients à l'hôpital psychiatrique on constate des phénomènes de non-maîtrise : dans la relation à des adolescents violents, le fait de s'exprimer et de se faire reconnaître comme un adulte peut permettre de rompre le cercle de la violence ; leur blindage émotionnel sans altérité, sans dérangement, sans souffrance face à un certain niveau de parole peut se décongeler et libérer une parole. Pour cela, conducteurs de bus, psychiatres et travailleurs sociaux ne doivent pas s'identifier exclusivement à leur casquette et réussir à faire quelque chose de la violence ordinaire qui se manifeste. Cela suppose une théorie de la pratique qui aide à tenir debout.

Dans la **discussion** plusieurs questions sont abordées :

- celle de la *formation et de l'information des personnes*, citoyens et professionnels, en première ligne de la confrontation à ces problèmes, avec la nécessité d'intégrer l'échange de pratiques (Marcel Jaeger) ; de nombreux postes stratégiques (gardiens, accueil des étrangers, guichets ANPE ou service social..) devraient être qualifiés sur le versant thérapeutique au sens de prise en compte (compréhension, ramasser la violence, l'interpellation) de l'autre qui permet de renvoyer une parole sur un autre plan
- celle de la *psychose de peur* qui peut traverser le corps social avec le mythe de la contagion ; suggestion : aménager des espaces de parole, y compris pour les professionnels (Marcel Jaeger)
- celle des *professionnels compétents* pour intervenir auprès de publics de milieux dits difficiles (problèmes de sécurité institutionnelle, d'encadrement, prévention de la violence institutionnelle) ; certaines interventions conduisent à attiser les tensions et les violences (Bertolotto)
- celle de la *violence collective* (effets de socialisation, culture et valorisation de la violence) où les interactions peuvent bloquer les processus de décongélation (Marcel Jaeger, A. Lazarus) ; dès qu'il y a foule, masse, la nécessité de capter des repères d'autorité apparaît incontournable ; une personne peut faire valoir certains attributs symboliques (sexe, âge, génération, fonction sociale) au travers de sa prise de parole
- celle de la *distance des adolescents à l'égard des institutions et des consultations* qui peuvent les pousser à « parler d'eux » : la réticence (l'appréhension) à la décongélation pourrait être une explication (ne pas revivre les souffrances ayant conduit à cliver) ; même question pour les allocataires du RMI confrontés à des échecs récurrents et pour qui l'injonction d'insertion peut faire écho à l'appréhension de la décongélation (O. Querouil) ; le risque de la parole (R. Brès) nécessite que les intervenants trouvent une « mesure », une « bonne distance » Bertolotto)

(Synthèse effectuée par F. Bertolotto et M. Joubert, sociologues, RESSCOM)

1-3 - Troisième séance - POLITIQUES LOCALES, PRÉVENTION ET PROMOTION EN SANTÉ MENTALE : l' espace municipal, une zone d' expression et de gestion pertinente ?

Vingt ans après l'initialisation de ce processus de prise de conscience et d'expérimentation de réponses adaptées, et après nous avoir interrogés sur les questions relatives aux outils, catégories et disciplines susceptibles d'en rendre compte de l'évolution de cette problématique et des changements qui se profilent sur le registre des politiques publiques, en particulier pour ce qui est de la prévention, et à l'heure où semble s'ouvrir une nouvelle phase des politiques publiques locales, qui signalent encore la santé (institutionnalisation des Ateliers Santé Ville par la politique de la ville), et la santé mentale en particulier (66.6% des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins, pointent les problèmes d'accès aux soins et la question du mal être comme problématiques prioritaires), comme axes de développement social à traiter au niveau local de manière prioritaire, nous avons souhaité faire un bilan de la situation, en invitant des acteurs de terrain à répondre aux questions suivantes :

- qu'avons nous appris de ces phénomènes que nous ne connaissions pas auparavant ? est-ce que l'approche locale offre des ouvertures intéressantes pour mieux comprendre les phénomènes de souffrance psychique et des violences urbaines, ainsi que pour ce qui est des stratégies et méthodes d'intervention ? quelle est la place du sujet contemporain dans cette problématique : est-il « vraiment » celui que les institutions voient ? comprennent elles ce qu'il dit lorsqu'il « expose sa souffrance » ?
- est-ce que les (nouvelles) problématiques et nouveaux modes d'intervention expérimentés dans des cadres d'exception ont pu être intégrés aux dispositifs de droit commun ? si oui, comment, par qui et à quelles conditions ? si non, pourquoi ?
- est-ce qu'au terme de vingt années de pratiques nouvelles à caractère préventif, est-il possible d'identifier l'émergence d'un (nouveau) modèle de prévention en santé mentale ?

si oui, quelles sont ses composantes et les conditions de son développement ? quel a été et/ou quel devrait ou pourrait être le rôle des municipalités dans un schéma d'organisation du système de santé mentale qui prendrait en compte les nouvelles problématiques sociales à la base desquelles se génère cette « souffrance qu'on ne peut plus cacher »

si non, pourquoi une telle évolution n'apparaît pas possible ?

Les éléments de bilan évoqués par les différents intervenants, dessinent un tableau nuancé, où il est possible de noter l'importance du niveau municipal pour agir sur les problématiques de violence et de santé mentale, vue sa forte capacité d'incidence sur des facteurs déterminants pour la qualité et conditions de vie des habitants (par exemple la sécurité, l'aménagement et la qualité de l'espace public ou l'aide à la vie quotidienne des plus démunis, sont considérés comme des facteurs ayant une incidence directe sur l'état de santé mentale), mais aussi parce qu'on est là sur une échelle (territoriale, administrative, populationnelle) permettant la mise en place de dynamiques d'adaptation et de régulation des dispositifs publics de santé susceptibles de rapprocher l'offre institutionnelle à la demande sociale en matière de santé mentale. Car, comme l'ont évoqué tous les intervenants, il y a bien un problème d'adéquation entre l'offre et la demande qui est à l'origine des principales difficultés de prise en charge adaptée des problèmes de santé mentale et des violences dans la ville.

Du côté de la demande, trois questions ont été évoquées, qui semblent déterminer la problématique :

un premier problème est posé par les représentations sociales de la souffrance et de la pathologie mentale, qui semblent toujours considérées de manière négative et comme source d'exclusions sociales diverses, empêchant de ce fait la manifestation d'une demande d'aide et de prise en charge spécifique, que ce soit d'une manière générale dans la société ou auprès des services spécialisés (notamment pour ce qui concerne la psychiatrie publique),

un deuxième problème est posé par la souffrance des propres professionnels en contact avec les publics en souffrance, qui ne semble pas trouver l'écho institutionnel nécessaire à sa prise en compte, et qui en s'interposant entre la demande sociale et l'offre spécialisée vient aggraver l'inadéquation du dispositif, ainsi que l'état des personnes en souffrance « des deux côtés du guichet » (cf. aux violences institutionnelles par exemple, ou aux clivages et réactions défensives de certaines catégories d'acteurs de première ligne face à ces problèmes, tels que les policiers).

Du côté de l'offre, la question ne semble pouvoir être posée qu'à partir d'une approche spécialisée (la médecine généraliste ne semble pas concernée par une demande qui ne se manifeste pas, et la prise en charge communautaire reste plutôt anecdotique ou inappropriée lorsqu'on évoque le travail des associations à vocation sociale et/ou humanitaire), et dans ce domaine plusieurs problèmes ont été évoqués :

d'abord celui qui réfère à l'inadaptation du dispositif public de santé mentale, qui n'a pas su appliquer le modèle de référence qui le fonde : le secteur apparaît, en effet toujours comme une « vieille idée moderne », théoriquement singulièrement bien adaptée à une demande sociale comme celle qui est actuellement adressée à la psychiatrie, mais fonctionnant sur des principes culturels organisateurs qui font toujours référence à une psychiatrie publique hospitalocentrée... qu'il était censé substituer (l'inapplication du principe du secteur est telle, qu'actuellement lorsque 15% du personnel d'un établissement est hors les murs, on considère que la sectorisation est un « succès »)

un deuxième problème important réfère aux options théoriques dominantes dans la pratique psychiatrique, qui semblent privilégier une psychiatrie de type comportementaliste et cognitiviste, qui laissent peu de place (et du temps pour l'approcher) à la problématique existentielle du sujet, pourtant souvent à la base de « cette souffrance qu'on ne peut plus cacher »

les options idéologiques qui déterminent l'organisation et la planification du système public de santé mentale actuellement, semblent aussi générer des problèmes d'offre de soins adaptés, dans la mesure où ils tablent sur une réduction des capacités d'accueil sans une véritable planification de la répartition des moyens (actuellement la France apparaît comme l'un des pays ayant le taux le plus élevé de psychiatres... mais 1/3 d'entre eux sont concentrés sur l'Ile de France, et l'ensemble des moyens seraient répartis sur une échelle de 1 à 17 au niveau du territoire sans rapport avec les besoins), et privilégient un système d'accès aux soins spécialisés par les urgences de fait

les savoirs psychiatriques aussi, qui positionnent la psychiatrie comme une spécialité médicale (centrée essentiellement sur la psychose), semblent également insuffisants et inadaptés pour faire face à la nouvelle clinique sociale, qui demande une approche globale du sujet et de sa pathologie, en le situant dans son histoire et dans son contexte social

enfin, l'absence de correspondance entre les territoires de l'action socio-éducative (lieu où émerge souvent le symptôme), et les territoires de la psychiatrie, peut aussi participer au processus de déphasage entre offre et demande de soins

Au niveau local, devant une telle configuration institutionnelle et face à l'inflation des problématiques, des actions alternatives sont expérimentées par les institutions :

- ☞ actions pédagogiques et de promotion de la santé mentale auprès de la communauté (soit la population et les professionnels), visant à faciliter la parole, l'écoute et le soutien aux personnes en souffrance, à dédramatiser la maladie mentale et à faciliter le recours aux soins comme pour tout autre maladie (les campagnes de communication de masse ancrées sur l'expérience concrète de la souffrance mentale, et les techniques théâtrales d'animation de groupes s'avèrent singulièrement intéressantes ici)

- ☞ actions de concertation et développement de réseaux de professionnels motivés par une forme de prise en charge globale et collective (un renouvellement théorique et pratique est alors nécessaire au sein d'une nouvelle clinique partagée, où la notion de secret médical prend une connotation moins paralysante)

- ☞ mise en place de dispositifs intermédiaires employant des psychologues et travailleurs sociaux développant une fonction d'écoute et d'orientation (les lieux d'écoute jouent ici un rôle fondamental, permettant à la demande de s'élaborer afin d'être orientée dans des bonnes conditions vers le dispositif de soins)

- ☞ renforcement du dispositif psychiatrique libéral

- ☞ lorsque ses acteurs le souhaitent, adaptation du dispositif public de santé mentale à la logique du secteur :

mise en place de centres d'accueil de crise ouverts 24h/24h au cœur des quartiers : une stratégie d'intégration communautaire est alors indispensable, qui ne passe pas nécessairement par une démarche spécialisée, mais par une ouverture à l'ensemble des questions qui seront adressées par la communauté à l'équipe spécialisée,

travail de rue auprès des publics SDF marginalisés : une nouvelle stratégie « d'aller vers » le public est mise en place en renversant les termes habituels du mode contact entre la psychiatrie et son public, qui doit lui adresser une demande pour justifier d'une intervention institutionnelle (des groupes de parole centrés sur « l'humanité » du sujet sont ainsi proposés aux personnes à la rue en contact avec des associations humanitaires, pour les « accrocher » et amener à développer un travail avec l'équipe du secteur) ; pour les SDF la notion d'appartenance territoriale est substituée à celle de domiciliation pour justifier de l'accès aux services et pour trouver les éventuelles représentations institutionnelles et supports sociaux encore opérants (il est établi que ceux ci sont inversement proportionnels au temps passé par la personne en situation d'errance), sur lesquels il sera possible de faire fonctionner un travail de soutien ou de prise en charge psychothérapeutique

Le bilan de ces expériences semble indiquer que nous sommes encore dans une phase « ascendante », où l'expérimental reste le meilleur qualificatif pour caractériser ce qui est fait localement en vue d'améliorer la situation. L'enjeu d'une meilleure prise en charge des problématiques des violences et santé mentale dans les villes, semble passer impérativement par l'adaptation de la psychiatrie publique à la demande sociale, en respectant deux conditions pour éviter le risque de sa dualisation de fait, dans un cadre expérimentaliste permanent :

d'une part, la définition d'une véritable politique publique de santé mentale de l'Etat, qui s'interrogera sur la pertinence et la cohérence des différents moyens et dispositifs mis en place pour répondre aux besoins de la population (la souffrance mentale se caractérise par le fait que la plupart du temps elle ne donne pas lieu à une conscience du sujet de sa souffrance et de sa pathologie, ce qui justifie la nécessité d'une psychiatrie publique)(un constat a aussi été fait lors de cette séance, quant au « parfait parallélisme » du volet santé et du volet sécuritaire de la politique de la ville, qui pourrait être infléchi notamment par un travail de réflexion commune autour des problématiques de santé mentale)

d'autre part, par une ré fondation du projet de secteur psychiatrique, en l'enrichissant dans sa théorie et sa pratique de l'expérience de travail cumulée dans le cadre de la nouvelle clinique sociale, ainsi qu'au sein des nouveaux dispositifs territorialisés (la municipalité apparaît alors sous un nouveau jour, de plus en plus clairement comme un des leviers principaux pouvant permettre la mise en place effective du secteur)

Au terme des trois premières séances du séminaire, il semblerait que la question de la prévention des violences et des problèmes de santé mentale reste posée, comme si elle ne pouvait avoir de légitimité en dehors du champ de la réparation, ni un sens suffisamment clair pour servir de référence à une politique publique de santé mentale (qui peut définir le niveau de bien être de la population à atteindre ?)

(Synthèse effectuée par F. Bertolotto, sociologue RESSCOM)

2 – DOSSIERS

Il s'agit ici de rendre accessibles des analyses et des travaux effectués dans le champ de la santé mentale sur les thématiques abordées dans le séminaire. Ce dossier est constitué en 2 volets : l'histoire du DSM et une synthèse sur la clinique psychosociale.

HISTORIQUE DU DSM

La deuxième guerre mondiale fut à l'origine de la nosologie du DSM-I. L'expérience de la guerre des psychiatres fut à l'origine du premier changement majeur dans la conception de la nosologie qui donna quelques années plus tard, naissance au Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, communément appelé aujourd'hui le DSM-I. Un changement des classifications s'avérait nécessaire afin de les rendre plus appropriées pour décrire les accidents psychiatriques secondaires au stress du champ de bataille.

Après la guerre, l'augmentation du nombre de psychiatres et le glissement de leur pratique des hôpitaux psychiatriques aux cliniques communautaires et la pratique privée, amenèrent les cliniciens à travailler de plus en plus avec des populations hors institution et souffrant de troubles relativement bénins comme des névroses et des troubles de la personnalité, plutôt que des psychoses.

Ainsi se développèrent certaines notions qui aboutirent à la nosologie moderne qu'est le DSM-I. La première édition fut publiée en 1952 par l'Association Psychiatrique Américaine (APA) et est le reflet des principaux changements politiques et théoriques qui avaient eu lieu dans la psychiatrie américaine : les théories somatiques laissaient la place aux perspectives psychodynamiques et psychanalytiques qui faisaient un peu apparaître le rôle de l'environnement et la diversité des formes moins sévères de la perturbation. Le DSM-I reflète cette transformation de la psychiatrie et la montée en puissance d'un nouveau pouvoir de la profession.

La décision de transformer le DSM-I fut justifiée par la nécessité d'aligner la nosologie des Etats-Unis sur la classification internationale des maladies (CIM) de l'OMS - liste des maladies, comprenant les maladies mentales revue périodiquement en collaboration avec les responsables de la santé de nombreux pays. On dispose toutefois de très peu d'information sur le processus de transformation du DSM-I en DSM-II. Les psychiatres américains qui avaient participé à l'élaboration de la CIM jouèrent un rôle clé dans le comité de l'APA responsable du remaniement du DSM-I.

Ces modifications furent inscrites après 3 ans de travail du comité de révision du DSM de l'APA, sous l'influence du Dr Adolf Meyer. Robert Spitzer, important porte-parole de la nosologie psychiatrique pour les 20 ans qui vont suivre, fut un des conseillers du comité.

Ce dernier reconnut que la constitution du DSM fut en grande partie le fruit de réunions de comité et d'un petit groupe de personnes.

Le DSM-II fut publié par l'APA en juin 1968 soit 16 ans après le DSM-I, et restait fidèle à la tradition psychodynamique de celui-ci. Sa différence résidait dans le fait d'encourager l'usage de diagnostics multiples pour un seul patient et abandonnait presque totalement le terme "réaction" du DSM-I tel que "réaction schizophrénique". Le DSM-II ne définit pas le trouble mental mais est constitué de descriptions générales de troubles qui avaient évolué avec les années vers un consensus de professionnels. Comme les nosologies précédentes, le DSM-II se proposait de refléter les pratiques courantes en psychiatrie et non de les modifier.

Le problème de la crédibilité de la nosologie devint chez les professionnels l'objet d'un intérêt considérable. Le débat sur la validité du diagnostic montrait le désaccord des psychiatres sur le fait de savoir qui était mentalement malade et de quel type de maladie il était atteint.

De même les problèmes de fiabilité du diagnostic émergeaient : deux cliniciens peuvent-ils de manière indépendante identifier une personne et la classer dans une catégorie officielle et la distinguer d'une autre personne classée dans une autre catégorie. Cette non-fiabilité apparaissait comme un obstacle au progrès de la connaissance psychiatrique : comment mener une recherche dans des lieux géographiques différents, progresser en étiologie et en efficacité des traitements ?

Rosenhan publie en 1973 un article dans lequel il souligne ces difficultés, montre la nature contextuelle de la psychiatrie ainsi que l'absence de diagnostic valide et dénonce le préjudice social des diagnostics¹ : l'auteur et sept de ses collègues se firent hospitaliser à leur demande dans douze services de psychiatrie américaine en prétendant entendre une voix. Dans 12 cas le diagnostic de schizophrénie ou de psychose maniaco-dépressive "en rémission" fut posé, bien que l'hallucination auditive isolée ne suffise pas en elle-même à poser ce diagnostic et que les "faux patients" déclarèrent que la voix s'était arrêtée dès leur admission à l'hôpital.

De même, la pratique courante d'un deuxième avis des experts psychiatriques atteste également de ces difficultés.

Mais derrière la question de la validité, de la fiabilité diagnostique et de la préoccupation de l'amélioration de la crédibilité scientifique affichée, des forces politiques souterraines jouèrent un rôle important ; car au travers de la ratification d'une nouvelle classification, c'est la reconnaissance du statut de la psychiatrie américaine et donc de son association porte-parole, l'APA, qui se joue.

Durant la décennie suivante la fragilité de la classification fut dénoncée et la validité de l'orientation psychodynamique remise en doute. L'APA, sous l'influence de R. Spitzer entreprit une révision de la classification du DSM-II. Objectivement, le comité travailla à augmenter la fiabilité diagnostique en limitant l'information collectée par les cliniciens, en formalisant l'ordre dans lequel elle était rassemblée, ainsi qu'en gérant la manière dont l'ensemble des questions était posé et en donnant des indications explicites sur les divers diagnostics possibles. Gênée par l'affaire Rosenhan, l'APA en retourne sa critique et s'y appuie pour montrer que la psychiatrie doit arriver à des diagnostics de qualité et qui ne peuvent être ni récupérés par les instances du contrôle social, ni utilisés aux dépens du malade. Pour cela, l'APA montre qu'elle a besoin de revoir ses catégories et principalement sa définition de la maladie mentale en fonction de l'impact produit sur la société.

Spitzer s'occupa également de concilier les différents fronts dans le dessein de placer l'APA comme seul interlocuteur et d'établir la suprématie du DSM.

Tout d'abord le front scientifique fut harmonisé en mettant en place des groupes de travail chargés d'établir un consensus pour une nouvelle classification, tout comme le front politique au sein de l'APA afin d'obtenir un consensus en défaveur des psychanalystes, puis enfin le front de la politique extérieure à l'APA dans le but d'apporter des réponses concrètes aux attentes des différents corps sociaux.

On assiste ici à un tournant de la psychiatrie contemporaine : c'est la première fois dans l'histoire de la psychiatrie, que la dépendance entre les catégories et les mutations de la société allait être affirmée, et que le discours scientifique allait être influencé par le champ social

¹ Reprise sur ce point de l'analyse de R. Rechtman (2000)

(compagnies d'assurance, industries pharmaceutiques, groupes de pression divers...). Le DSM-III constitue un miroir de la société dans laquelle il est élaboré, devant s'adapter à l'apparition de nouveaux groupes sociaux, aux nouveaux besoins et aux nouvelles valeurs.

On y ajouta quatre-vingt-trois catégories. Cet ajout de nouvelles catégories permit de refléter les états mentaux que les cliniciens rencontraient surtout en ambulatoire et la diversité des patients. Cette extension de la psychiatrie permit également de capter des ressources financières dégagées par le tiers payant. De plus elle répondait à une volonté de transformer la profession de psychiatre essentiellement pratique au moule d'un programme de recherche.

Le processus de révision du DSM-III débuta dès la publication du manuel. Spitzer fit appel à des comités consultatifs qu'il sélectionna lui-même en fonction de leur orientation et à la collaboration de nombreux conseillers. Le DSM-III révisé (DSM-III-R) fut publié en mai 1987. La rapidité de la révision permit de limiter les critiques sur sa ratification et les imperfections furent tolérables car le DSM-III-R fut présenté comme transitoire.

Trente nouvelles catégories furent ajoutées. L'APA proposa également d'inclure 3 nouveaux troubles psychiatriques qui sous la pression des psychothérapeutes féministes ne furent pas acceptés : la "Paraphilie du viol", le "Trouble dysphorique de la phase lutéale tardive" et le "Trouble de la personnalité masochiste".

Comme on le voit, la distribution de comportements et d'expériences personnelles dans les catégories diagnostiques n'obéit pas seulement à des critères techniques mais également aux négociations entre les différents groupes d'intérêts, théoriciens, chercheurs, cliniciens et patients.

Depuis le DSM-II, la classification psychiatrique évolue à un rythme accéléré. Ces changements sont à chaque fois justifiés par ce qu'ils prétendent apporter au système. Toutefois la base scientifique de cette amélioration reste contestable. La création du DSM-IV illustre également ce constat :

Quatre mois après la parution du DSM-III-R, la révision de celui-ci débuta. Les membres de l'APA affichaient la volonté d'un "meilleur équilibre entre la tradition historique (DSM-III, DSM-III-R), la CIM-10, la littérature, les résultats d'analyses non publiés et l'accord plus large entre les experts" et l'emploi d'une méthode plus systématique, plus pointue que celle employée pour l'élaboration des DSM antérieurs.

À l'intérieur de l'association, naissaient des controverses lancées par les chercheurs eux-mêmes sur la nécessité de cette nouvelle révision due DSM-III-R.

Les raisons de cette révision restent peu claires : volonté d'une méthode plus systématique et rationnelle ? Traité passé entre l'OMS et les Etats-Unis obligeant à une compatibilité avec le CIM-10 lui-même en révision ? Rôle financier ?

On peut noter l'influence importante des relations publiques mobilisées pour l'élaboration du DSM-IV. Toutefois, la révision du DSM-III-R, tout comme celle du DSM-III ne se situe plus dans l'esprit de refonte profonde et de changement qui conduit à la constitution du DSM-III. Il s'agit d'une révision de "surface".

Les diagnostics psychiatriques couvrent des domaines toujours plus larges du comportement social et découpent de manière toujours plus restreinte les grandes catégories reconnues comme "Trouble". Créer un "trouble mental" suppose de spécifier les singularités de ce comportement et de tracer une ligne de démarcation entre le normal et l'anormal. Les concepteurs du DSM-IV préconisent l'ajout de troubles tels que la "Dénégation inadaptée d'une maladie physique", le "Trouble de la personnalité dominante illusionnée" proposée par les féministes pour rendre compte des convictions des hommes à propos d'eux-mêmes et des

femmes ou encore le koro, une anxiété, mise en évidence dans certaines cultures asiatiques, associée à la peur d'une rétraction du pénis provoquant la mort. Ainsi toutes ces mutations de catégories se font sous la pression des différents corps sociaux. Le retrait de la catégorie "homosexualité" du DSM est un exemple supplémentaire.

Dossier réalisé par Céline Fleury, Médecin de santé publique, RESSCOM

Références bibliographiques :

- Kirk S., Kutchins H. (1998), *Aimez-vous la DSM ? La triomphe de la psychiatrie américaine*, coll les empêcheurs de penser en rond,
 Rechtmann R. (2000) L'hallucination auditive :une origine paradoxale de l'épistémologie du DSM , *Evol Psychiatr* ; 65 : 293-309
 Rosenhan D.L. (1992), N'être pas fou dans des lieux destinés aux fous, *Psychiatrie de l'enfant*, XXXV (2) : 425-53
 Rosenhan D.L. (1975), The contextual nature of psychiatric diagnosis, *J. Abnorm Psychol*, 84(5) : 462-74

LA CLINIQUE PSYCHOSOCIALE

Une caractéristique de la société post-moderne est d'être le lieu de la flexibilité et de la précarité. Cette dernière est différente de la pauvreté ou de l'exclusion, bien qu'entretienne un lien avec elle. La précarité peut se définir comme "la pensée omniprésente de la perte avérée des objets sociaux". On entend par objets sociaux, les structures concrètes que notre société a érigées comme fondamentale : le travail, le logement, l'argent, les diplômes...". Le rapport Wresinski montre que ces objets sociaux conditionnent la "sécurité de base" de l'individu et que leur perte amorce l'entrée dans le processus de précarisation.

Il est important de sortir de l'équation précarité=SDF et de renoncer à l'idée d'une frontière franche et rassurante entre les personnes précaires et les autres. Furtos désigne notre société comme "en voie de précarisation généralisée".

Le schéma sociologique de Robert Castel ci-dessous décrit les trajets possibles en situation de précarité. Il ne s'agit pas d'entités sociographiques mais de trajectoires possibles : il est donc possible de passer d'un cadran à un autre

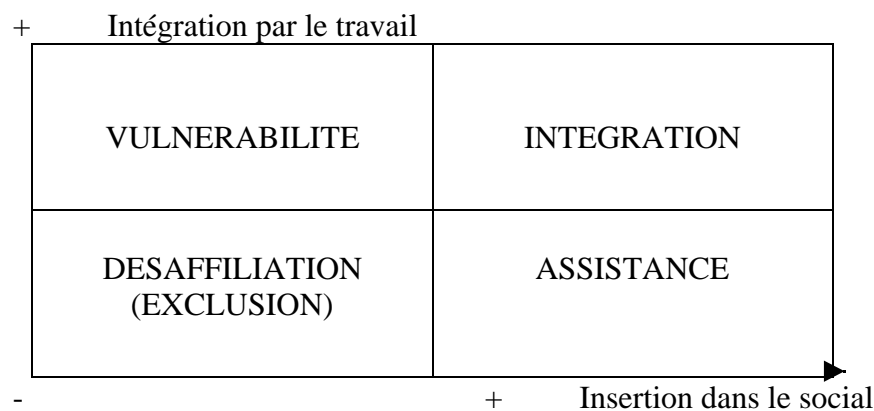


Figure 1

En abscisses, on lit l'insertion par le lien social et en ordonnées, l'intégration par le travail également du moins vers le plus. Le terme de clinique psychosociale a été employé pour la

première fois par les travailleurs sociaux et les psychiatres en CHRS, et modélisé par les chercheurs de l'ORSPERE (Furtos). La clinique psychosociale se manifeste dans la zone de perte objective des objets sociaux et celle de l'assistance réussie grâce au objets sociaux et appelée par Robert CASTEL "désaffiliation ou exclusion." Le terme de clinique peut paraître ambigu. Ethymologiquement, clinique vient du grec « kliné=lit » signifiant " au lit du malade". La clinique psychiatrique s'est dégagée de notion d'alitement puisque les patients se situent le plus souvent debout physiquement, même s'ils sont métaphoriquement couchés. La clinique psychosociale reste dans ce prolongement : le patient est couché par ses souffrances qui l'empêchent de vivre son être intime et social ; la personne est cassée . De là naîtra le terme de "clinique de la casse"

CARACTÉRISTIQUES DE LA CLINIQUE PSYCHOSOCIALE

1) Zone de précarité et processus psychiques:

J. Furtos fait une relecture du schéma sociologique de Castel en terme de processus psychique, c'est à dire du point de vue "des processus de désillusion, de deuil, d'anticipation c'est à dire par rapport à la temporalité", affirmant par ce biais la permanence de la dépendance du sujet humain toute sa vie durant à l'environnement culturel.

+ Intégration par le travail

<p>Zone 2 : VULNERABILITE</p> <ul style="list-style-type: none"> -Précarité exacerbée -Désillusion et deuil problématiques -Anticipation catastrophique de la perte, peur de l'effondrement 	<p>Zone 1 : INTEGRATION</p> <ul style="list-style-type: none"> -Précarité "normale" -désillusion et deuil non catastrophiques -L'anticipation de la perte ne ferme pas l'avenir
<p>Zone 4 : DESAFFILIATION (EXCLUSION)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Auto exclusion de soi-même (désobjectivation, trouble du comportement) -Réversibilité problématique -Narcissisme négatif -Souffrance qui empêche de souffrir -Clinique "de la casse" 	<p>Zone 3 : ASSISTANCE</p> <ul style="list-style-type: none"> -Précarité compensée par des objets substitutifs -Symptômes psychiques réversibles (honte, découragement, inhibition, etc...) -Anticipation ouverte" (souffrance qui empêche ou permet de vivre), selon l'environnement actuel et l'histoire du sujet. <p>LE CONTRAT NARCISSIQUE TIENT BONNE SANTE POSSIBLE</p>

Insertion dans le social +

Figure 2

Ainsi, il dénombre 4 manières de réagir à la perte des objets sociaux :

- 1ere zone: Elle correspond à celle de la "précarité normale", ou "zone de l'intégration" ; la perte est pensable

C'est le contexte actuel de notre société. Les personnes arrivent à anticiper un avenir possible avec la pensée que quoi qu'il leur arrive, ils s'en sortiront. Dans cette zone, la souffrance n'empêche pas de vivre.

- 2eme zone: zone de "précarité exacerbée" ou "zone de vulnérabilité à la perte possible"

Furtos montre que l'on entre ici dans la zone de vulnérabilité psychique qui concerne aussi bien les cadres moyens que les cadres supérieurs et les fonctionnaires du public dans le contexte actuel de délégitimisation des institutions. L'individu a ici peur de perdre et aucune anticipation d'un avenir autre que catastrophique est possible. Certains appellent cette zone, "le syndrome du survivant » et constitue une zone prépathologique ou de pathologies avérées de type dépressif ou pseudo-dépressif, avec décompensation somatique ou psychique.

Cette souffrance qui commence à empêcher de vivre n'est autre qu'un processus de mélancolisation avec un sentiment fort de culpabilité sans objet précis.

Dans ces deux premières zones, les objets sociaux sont globalement conservés.

- 3eme zone: "zone de l'assistance et de l'insertion, avec vulnérabilité à la perte et perte effective des objets sociaux"

C'est à partir de cette zone que commence la clinique psychosociale.

La spécificité de cette clinique psychosociale est qu'elle est au début uniquement e sur le lieu du social :ces « symptômes » se rencontrent dans les lieu d'hébergement, point écoute...et non dans le lieu du sanitaire comme l'hôpital...

Ici, certains objets sociaux sont perdus. C'est le cas des chômeurs de longue durée, des Rmistes. On constate des effets psychiques réversibles dans la mesure où le narcissisme "tient" (dans le sens de ce qui soutient l'estime de soi) mais avec un processus croissant de vulnérabilité. La honte (qui empêche de sortir, de faire les courses, de demander quelque chose pour soi), tout comme le découragement (qui peut conduire au suicide, sans être exactement une pathologie dépressive), sont deux éléments de la triade de l'exclusion décrite par Jean Maisondieu et représentent des exemples de ces processus réversibles. Nous sommes dans la zone où l'individu réagit assez bien à ce qui va mal mais également assez bien à ce qui va bien, c'est-à-dire dans la zone proche de la santé. Les personnes ont toujours le désir de s'en sortir, ce qui peut permettre de repasser dans une zone de précarité moindre.

- 4eme zone: Précarité avec exclusion - Tout ou presque est perdu, même le narcissisme

C'est l'entrée dans l'exclusion avec la perte du sentiment d'être un humain reconnu, ce qui entraîne souvent des ruptures familiales quand il existe une famille. La personne ne se conçoit plus dans la chaîne des générations afin de ne plus ressentir la souffrance qui est extrême (terreur, désespoir, effondrement, agonie psychique). L'individu met en place des mécanismes de désubjectivation, extrêmement coûteux pour lui-même, comme le clivage, le déni ou la projection, et ce processus aboutira à la désubjectivation totale ; l'individu s'exclut de lui-même. Ne pouvant investir sa personne, l'individu ne peut investir l'extérieur ; l'exclusion sociale s'ajoute à cette auto exclusion psychique, avec passage à ce qu'André Green nomme le "narcissisme négatif" : le narcissisme est soumis a la pulsion de mort avec désinvestissement des représentations.

2) Le monde à l'envers : une paradoxalité omniprésente

Dans ces situations, c'est le narcissisme qui casse. Le narcissisme est ce qui permet à un individu de ressentir le sentiment continu d'exister en tant qu'être humain et ceci grâce aux étayages multiples qui le soutiennent et décrit par Kaes comme:

- son corps, conçu dans le lien générationnel,

- l'intersubjectivité entre personnes qui se reconnaissent,
- le groupe qui reconnaît un de ses membre,
- le regard de l'individu et l'image qu'il a de lui, le désir qui l'anime.

En situation de précarité, les étayages "tombent" et la relation d'aide apparaît à ce moment comme la base minimale qui permet de garder le lien social.

Toutefois la relation d'aide semble s'engager dans une impasse :

Par le fait du « syndrome de la patate chaude » où les problèmes psychiques sont désignés dans le lieu du social et les problèmes sociaux mis au premier plan dans des lieux de soin. Ou encore lorsque ce sont les personnes qui ont le plus besoin d'aide qui demandent le moins et même refusent tout soin ou projet social ou bien celles-ci revendiquent l'assistantat "tout m'est dû, tout m'est dû... "

Ces exemples montrent que la relation d'aide s'élabore dans un contexte paradoxal, "un monde à l'envers" qui conduit les aidants à un sentiment d'impuissance voire de désespoir. Et plus on se rapproche de l'auto-exclusion, plus les situations deviennent paradoxales.

a) Le paradoxe intégrateur: le noyau de toute paradoxalité

Il est mis en jeu chaque fois que le narcissisme se constitue. Winnicott a décrit les paradoxes de maturation narcissique au sein d'une aire transitionnelle où l'objet est à la fois trouvé et créé: l'enfant créé l'objet qu'il trouve dans l'environnement et se l'approprie. Ce mécanisme permet de tenir ce qui est de soi et ce qui n'est pas de soi, sans rupture prématurée. Autre paradoxe intégrateur: la capacité d'être seul en présence de l'autre: il s'agit d'expérimenter simultanément et sans rupture une vie subjective (interne) et un environnement (externe).

b) les défenses paradoxales

Lorsque le narcissisme se déconstruit, le sentiment de continuité de l'existence se dissipe et il se produit le même processus que l'intégration paradoxale mais à l'envers, sous forme de défenses paradoxales qui tentent d'éviter le déni ou le clivage pour maintenir l'intégrité psychique de la personne. Furtos donne trois exemples de défenses paradoxales identifiées dans la pratique quotidienne :

- 1ere exemple: Le syndrome d'auto exclusion:
La personne retourne contre elle-même ce qu'elle a subi. Retournement passif/actif et dehors/dedans qui constitue le mécanisme de base de la défense paradoxale
- 2eme exemple: "Un homme de la rue se promenait avec des armes. Lorsque l'éducateur lui a demandé pourquoi il se promenait avec ces arme, il a répondu : "C'est pour ne pas faire de mal à quelqu'un". Il expliqua qu'il se sentait violent et que s' il attaquait quelqu'un à mains nues, il risquait de l'étrangler. Alors qu'avec sa hache et son couteau, « il terrorisait alors on l'évitait et il ne faisait de mal à personne". Voici une stratégie conservatoire mais avec un coût majeur en terme d'exclusion.
- 3eme exemple: "Le syndrome de la patate chaude":
Un homme de la rue paraît en grande souffrance psychologique sur le lieu du social et lorsqu'il est renvoyé "au psy" en consultation ou à l'hôpital, celui-ci le considère comme un "cas social" et le renvoie aux travailleurs sociaux pour qu'ils lui trouvent d'abord un logement et un travail.

Furtos montre qu'il s'agit d'une situation paradoxale avec inversion sémiologique, les aspects les plus psychiatriques apparaissent sur les lieux du social où l'on ne peut les traiter et la perte des objets sociaux apparaissent sur le lieu du soin. Mais il s'agit également ici d'une mesure conservatoire: il est en effet impossible à une personne en auto-exclusion de parler de ses objets mentaux sans s'effondrer. Parler longuement à un

psy lui est impossible. Cet exemple montre l'obligation d'une coopération entre le dispositif médico-social et psychiatrique

c) principe de créativité

Toute activité créative consiste pour Furtos à faire passer des défenses paradoxales à une paradoxalité intégrative, c'est à dire "accepter que le monde soit à l'envers et ne pas vouloir le remettre trop vite à l'endroit".

ALORS QUELLE RELATION AIDANTE ?

En appliquant les concepts de Winnicott, décrits précédemment, à la personne en exclusion, on voit que, plus on se trouve dans la zone d'exclusion, plus l'objet doit d'abord être détruit (et résister) avant d'être trouvé/créer. Il vaut donc mieux avoir des objets médiateurs et des projets qui vont pouvoir être cassés pendant une période souvent longue plutôt que le sujet ne casse son propre corps, dernier objet concret, ou le corps de l'autre. Le paradoxe du détruit/trouvé/crée doit être accepté par l'aidant de même qu'un autre paradoxe décrit par Furtos : le sujet hors de lui a besoin de détruire en présence de l'autre (sur le même mode que le paradoxe d'être seul en présence de l'autre). Ainsi l'intégration pratique de ces paradoxes dans la clinique psychosociale conduit concrètement à une reprise créative trouvée dans la destructivité à condition que la notion de "créativité à l'envers" soit présente dans l'appareil théorique des aidants. Il faut donc considérer la clinique de la casse comme un manière coûteuse pour les individus de réapparaître sur la scène sociale .

La finalité de la clinique psychosociale est d'éviter l'installation du syndrome d'exclusion ou sa pérennisation et d'utiliser la médiation des objets sociaux spécifiques au travail social afin de permettre à l'individu de réinvestir de nouveaux objets.

Dossier composé par Céline Fleury à partir du texte de J. Furtos

Références bibliographiques :

- CASTEL R. (1995), *Les métamorphoses de la question sociale*, Fayard
 FURTOS J. (2000), *Epistémologie de la clinique psychosociale (la scène sociale et la place des psy)*, *Pratiques en santé mentale* n°1, pp. 23-32
 GREEN A.: *Narcissisme de vie narcissisme de mort* , Collection Critique, Ed de Minuit, 1993
 KAES R (1979), Trois repères théoriques pour le travail psychanalytique groupal : l'étagage multiple... , in *Perspectives Psychiatrique*, II, n°73, 1979, p145-147
 MAISONDIEU J. (1997), *La fabrique des exclus*, Bayard, Paris
 ORSPERE (1999), *Points de vue et rôles des acteurs de la clinique psychosociale*.
 ROUSSILLON R (1991) : *Paradoxes et situations limites en psychanalyse*, PUF
 WINNICOTT D.W. (1975) *Jeu et réalité* , Gallimard

3 - PROBLÉMATIQUES TRANSVERSALES

Nous avons introduit deux dimensions transversales aux thématiques abordées dans ce séminaire, deux fils rouges devant nous aider à interroger sous un angle spécifique les débats, travaux et expériences dans le champ de la santé mentale. Il s'agissait de la prévention et de la violence. Dans chaque bulletin, nous serons conduits à proposer des petites contributions synthétiques sur ces deux entrées, de manière à nous assurer que le séminaire conserve bien cette ligne directrice et à retraduire les débats menés sur ce terrain. La contribution se contente ici de reprendre en les ordonnant les suggestions qui ressortent des interventions et des discussions (entre parenthèse le n° du séminaire concerné).

3.1- PRÉVENTION ET SANTÉ MENTALE

Plusieurs entrées sont possibles pour la prévention, à partir des contributions et discussions déjà engagées :

- une meilleure connaissance des processus de déstabilisation et de perturbation psychosociale des personnes vulnérables peut aider à mieux positionner le travail des « aidants », c'est à dire des personnes proches, professionnelles ou non (soutien social), cela à tous les stades de développement et de manifestation des difficultés
- une meilleure analyse des dynamiques d'aide réussissant à produire des effets (remobilisation, re-structuration) peut contribuer à éclairer les politiques de promotion de la santé mentale sur des secteurs sensibles

Parmi les contributions qui ressortent des trois premiers séminaires, nous avons noté :

- B. Fallissard (1), pour la prévention secondaire pointe que « savoir bien gérer un patient dans sa vie quotidienne » tend à être moins valorisé que l'acte diagnostic et qu'il serait important, avant de catégoriser (ou d'évacuer les situations n'entrant pas dans les catégories) de considérer ce que nous apprend cette gestion des troubles psychiques au quotidien. Le couple diagnostic-prescription risque de masquer le travail à faire avec la personne à une échelle probablement plus large que le cadre de consultation.
- R. Massé (1) note que « dans une approche de prévention, on est moins intéressé à la population institutionnalisée, qu'à la population générale. Il faut donc essayer de sous-trier, pour essayer d'identifier des **sous-groupes sociaux plus « à risques »**, qui présentent peut-être des symptômes de détresse, de souffrance psychologique qui n'en font pas nécessairement des malades mentaux, mais qui risquent de passer à une étape plus grave, où ils peuvent vraiment avoir besoin de soins cliniques, d'une hospitalisation ». L'identification des « **idiomes de détresse** » (cf. lexique) permet de mieux comprendre les facteurs porteurs de souffrance. Si l'on considère la détresse « comme un langage » (« les problèmes de santé mentale ne sont pas que des symptômes, ils sont aussi un mode d'expression, un langage, propre à une culture »), il doit être possible d'engager des échanges permettant de répondre à ce qui est exprimé. Ainsi, pour le repli sur soi, et le retrait social, il ne suffit pas d'essayer de compenser en apportant une aide ponctuelle, mais en premier lieu il serait nécessaire de communiquer autour du sens de ce repli. Qui peut faire ça ? Avec quelles compétences et dans quelles circonstances ?
- M. Tousignant évoque la « **psychologie positive** » visant à « laisser les gens vivre avec leurs symptômes, à les aider à passer à travers, à renforcer ce qu'il y a déjà de positif chez eux ». Approche plus tournée vers « les forces des individus » que sur leurs symptômes. Le « soutien social » de son côté est considéré comme « déterminant pour le maintien et l'amélioration

d'une bonne santé mentale ». La prévention peut alors consister à « maintenir et à rehausser le **sentiment de compétence et de contrôle** que chacun aura sur son destin personnel... aider la personne à développer des moyens qui lui sont propres ». A un niveau plus collectif, des actions « au niveau des collectivités locales peuvent contribuer aux identités personnelles en renforçant le sentiment d'une fierté d'appartenance à un milieu, à un quartier. Une **collectivité locale** pourra développer un respect minimal de chacun et ce que j'appellerai un sentiment de « moralité », c'est à dire un souci minimal des uns à l'égard des autres pour amener un sentiment d'estime de soi » (qualité de l'espace, de la salubrité et de la sécurité). La présence, à côté des grands équipements collectifs de « **centres communautaires** » peut contribuer au développement du « sens d'appartenance et de fierté de la population ». De même que les dispositifs favorisant la circulation de « la compétence sociale qui existe au sein d'une communauté, ou .. l'émergence de nouvelles formes de compétences pour faire face aux problèmes existants » (espaces et réseaux d'échanges, plateformes de ressources). Sur plusieurs secteurs sensibles pour la santé mentale comme les « problèmes d'éducation des enfants, de couple, ou .. la violence dans les quartiers, le défi de la cité est de savoir comment faire profiter ses membres de la sagesse des uns et des autres » ; des expériences québécoise se sont ainsi tournées vers la « stimulation affective et intellectuelle des jeunes enfants » dans une perspective communautaire.

Sur le plan d'une **prévention secondaire**, la discussion de la première séance pointe un autre problème d'interface particulièrement sensible dans le champ de la santé mentale : « comment amener aux soins des personnes que l'on estime nettement malades, et qui manifestement, n'expriment ni souffrance, ni demande de soin ». Question relayée à la seconde séance par R. Brès travaillant auprès de « jeunes qui allaient trop mal pour être pris en charge de manière acceptable par le dispositif de droit commun, mais qui n'allaient pas suffisamment mal pour être pris en charge par le dispositif spécialisé ». Le travail, dans ce contexte, s'inscrit « entre la prévention de l'aggravation et l'intervention soignante précoce ».

Au niveau des **politiques locales**, le premier stade pour la prévention apparaît être celui de la reconnaissance de problèmes de santé mentale qui peuvent traverser la collectivité et les individus sans être liés directement à des pathologies ou à des maladies psychiatriques qui nécessiteraient des soins. L'ouverture d'un espace de parole, au plus près des lieux de vie des personnes (quartier) permet de saisir ces difficultés et d'assurer, par le biais de réseaux de partenaires approprié (médecin libéral de proximité, psychiatres du CMP, psychologues, travailleurs sociaux, associations), des prises en compte adaptées.

Références bibliographiques sur « prévention et santé mentale » :

- Blanchet L., Laurendeau MC, Paul D., Saucier JF (1993), *La prévention et la promotion en santé mentale. Préparer l'avenir*, Gaëtan Morin éditeur
 Comité de la santé mentale du Québec (1973), *La prévention dans le domaine de la santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec
 Goldston SE, Yager J, Heinicke CM, Pynoos RS (dir) (1990), *Preventing Mental Health Disturbances in Childhood*, American Psychiatric Press
 Parens H., S. Kramer (eds) (1993), *Prevention in Mental Health*, Jason Aronson Inc

3.2- VIOLENCE ET SANTÉ MENTALE

Sans avoir été abordés d'une manière centrale, les problèmes de violence ont été omniprésents dans les communications et les débats. La contribution de R. Massé (1) sur les idiomes de détresse permettait d'entrevoir la manière dont certaines formes d'expression violentes pouvaient s'inscrire au cœur des problèmes de santé mentale sans être pour autant renvoyés à des pathologies. Bien que la psychiatrie soit régulièrement « convoquée » pour participer aux différents temps de gestion de la violence (prévention, contention, répression) (cf. R. Rechtman, 2000, *Quelques aspects de la gestion psychiatrique de la violence*), il était nécessaire ici de se décaler de cette manière de la renvoyer à la pathologie et aux instances de contrôle de l'intimité et des corps, pour approcher ces manifestations sur le plan des conditions dans lesquelles elles émergent dans le corps social.

C'est que les expériences rapportées par R. Brès et J. Furtos permettent d'entrevoir : avec la « clinique de la casse », on continue à être confronté à des manières (coûteuses) d'apparaître et de se manifester sur la scène sociale. Travailler à réduire cette casse et ces coûts, cela suppose de ne pas se défausser sur la psychiatrie, mais dans un premier temps d'entendre ce que cela signifie sur la scène sociale. R. Brès décrit ainsi les dérapages que vivent beaucoup de jeunes dans leur tentative de trouver leur propre temporalité sur cette même scène. Les tentatives de suicide, les dépressions diverses, les conjonctures conduisant à « péter les plombs » et à se « prendre la tête », traduisent la difficulté à entrer dans une histoire propre ; difficulté amplifiée par les conditions sociales et la convergence sur certains des processus de disqualification, de relégation et de discrimination. Le clinicien qui cherche à comprendre le sens des actes (« on tente de poser cela comme un comportement orienté, censé, quelque chose qui n'est pas déterminé uniquement par je ne sais quel mécanisme physiologique ou pharmacologique », R. Brès) participe (mais il ne peut être seul) à un travail de reconstruction, une « créativité à l'envers » dit Furtos, qui peut permettre de « déplier des individus, de dénouer des situations, des problématiques qui étaient en train de s'emballer ». Il faut pour cela créer des conditions d'écoute et de prise en compte qui existent assez rarement dans certains milieux : pouvoir être attentif à autre chose qu'au discours structuré ou à une demande explicite ; la communication par les gestes, les habitudes, les comportements, les impressions, les sensations est aussi importante que le reste pour les adolescents (R. Brès).

La problématique développée par J. Furtos autour du clivage et du « retour du clivé » fournit un cadre pour appréhender diverses manifestations de violence : « quand le réchauffement de la partie gelée se fait de manière abrupte » ou quand le gel de leur part de « filiation » les conduit à faire fonctionner l'environnement comme « loi du père », la violence est là, elle fonctionne comme un mode d'être. Mais elle peut aussi bien être décalée, pour laisser place à d'autres modalités de rapport à l'autre, quand des conditions différentes de relations et d'interactions sont créées (être considéré comme une personne, dépasser les peurs et les a priori, recréer des bases d'accroche valorisantes).

Les politiques locales rencontrent en permanence les questions de violence. Le problème, pour éviter la dérive sécuritaire toujours possible dans des cadres où la peur constitue un fond de commerce électoral, c'est d'effectuer un travail sur toutes les formes de violence, et pas seulement sur les formes réactionnelles. Il existe en effet des formes structurelles de violence, inscrites dans la réalité sociale qui conduisent certaines personnes à « péter les plombs ». Une agression à l'hôpital, ou dans une circonscription de travail social ou encore dans un quartier doit être interrogée comme une réponse, une réaction à des formes de violence qui ne sont peut être pas visibles mais qui ont été vécues comme telles par les personnes. Le travail conduisant à les reconstituer peut aider à sortir des spirales de violence. Des interventions ont

insisté sur la nécessité de ne pas renvoyer ces manifestations à la pathologie et à la psychiatrie : une mission locale explique qu'un travail « sur l'éducation, la prévention et la prise en charge » de ce que vivent et ressentent les jeunes peut aider à résoudre un certain nombre de problèmes. Mme Bui-Trong, du côté de la répression, a attesté de son côté que « les fondements de ces problèmes de violence de jeunes, de violence collective au sein des quartiers sensibles correspondaient à tout un faisceau de cause qui s'associaient pour faire surgir ce genre de phénomènes ». La conscience de la nécessité de travailler ces problèmes de manière originale « avec une collaboration de différents acteurs travaillant chacun à un niveau différent de temps » peut aider à nous faire sortir des « feedback » conduisant à dynamiser la violence par la répression aveugle de la violence.

Références bibliographiques sur violences et santé mentale :

Bui-Trong L., *Violences urbaines, des vérités qui dérangent*, Bayard, 2000

Rechtman R. (2000), Quelques aspects de la gestion psychiatrique de la violence, *L'homme et la société*, 138, pp.55-62

4 - RÉFÉRENCES UTILISÉES DANS LE SÉMINAIRE

Nous n'avons pu pour ce bulletin que reconstituer les références effectuées à l'occasion des trois premiers séminaires. Tout un travail est en cours visant à reprendre les apports de chacun d'une manière synthétique, de manière à ce que ces travaux ne restent pas la propriété des spécialistes. Cela, non dans un souci pédagogique, mais dans le projet de faire mieux ressortir les notions et les problématiques utiles pour les professionnels, acteurs de terrain qui sont confrontés d'une manière pratique à ces questions sans avoir toujours le temps ou les moyens de trouver les correspondances avec les débats qui se mènent dans le champ scientifique, surtout quand celui-ci se déroule outre-atlantique. Nous y avons intégré les références des principaux travaux des intervenants et des discutants.

Cette rubrique aura aussi vocation à être développée, enrichie par vos contributions et vos commentaires de lecture.

4.1- RÉFÉRENCES DES INTERVENANTS et des DISCUTANTS

- Bui-Trong L., *Violences urbaines, des vérités qui dérangent*, Bayard, 2000
- Ehrenberg A., *Le culte de la performance*, Paris, Calmann-Lévy, 1991,
- Ehrenberg A., *L'individu incertain*, Paris, Calmann-Lévy, 1995
- Ehrenberg A., *La fatigue d'être soi*, Ed. Odile Jacob, 1998
- Falissard Bruno, Mesurer la subjectivité en santé : perspective méthodologique et statistique (à paraître chez Masson) ;
- Falissard Bruno Guelfi, J.D., Lellouch, J. (1998) « Prescrit-on trop d'antidépresseurs en France ? » *La Presse Médicale*, 27(40) : 2126-8.
- Jaeger M., *L'articulation du sanitaire et du social. Travail social et psychiatrie*, Dunod, 2000
- Laval C., Furtos J., Santé mentale et exclusions, *Psychiatrie*, 195, décembre 1996, 3259-3261
- Martin J.-P., *Psychiatrie dans la ville. Pratiques et clinique de terrain*, érès, 2000
- Massé R. (1995), *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Gaëtan Morin,
- ORSPERE (1994), *Déqualification sociale et psychopathologie, devoirs et limites de la psychiatrie publique*, Actes du colloque du Vinatier
- Rechtman R. (2000), Quelques aspects de la gestion psychiatrique de la violence, *L'homme et la société*, 138, pp.55-62
- Rechtman R. (2000), De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatres, *Hommes et migrations*, n°1225
- Rechtman R. (2000), De l'ethnopsychiatrie à l'a-psychiatrie culturelle, *L'évolution psychiatrique*, 60 (3)
- Rechtman R., F. Raveau (1993), Fondements anthropologiques de l'anti-psychiatrie, *Encycl. Médico-Chirurgicale, Psychiatrie*, 37 (715)
- Tousignant Michel (1988), Soutien social et santé mentale : une revue de la littérature" dans *Sciences sociales et santé*, XXI, vol 6, n°1, février 1988 ;
- Tousignant Michel (1989), " La pauvreté, cause ou espace des problèmes de santé mentale ", *Santé mentale au Québec*, XIV (2), pp.91-104
- Tousignant Michel (1992), *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*, Paris, PUF

4.2- RÉFÉRENCES DES AUTEURS CITES DANS LES INTERVENTIONS

- Aronowitz Robert (1999), *Les maladies ont-elles un sens ?*, Les empêcheurs de penser en rond, Synthélabo, cité par A. Ehrenberg (1)
- De Gaulejac V. (1996), *Les sources de la honte, sociologie clinique*, Paris, Desclie de Brower, cité par J. Furtos (2)
- Joubert M., F. Bertolotto, P. Bouhnik (1993), *Quartier, démocratie et santé*, Paris, L'Harmattan, Expérience menée sur le quartier Franc-Moisin à Saint-Denis, citée par Marc Schoene (3)
- Kirmayer L. (1984), Culture, affect and somatization, *Transcultural Psychiatry Research Review*, 21(3):159-188, (4):237-262, auteur cite par R. Rechtman à propos de l'élaboration du DSM
- Kleinman A. (1980), *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, Berkeley, University of California Press, auteur cite par R. Rechtman à propos de l'élaboration du DSM
- Kleinman A. (1988), *Rethinking Psychiatry. From Cultural Category to Personal Experience*, New York, The Free Press
- Kleinman A., Good B. (1985), *Culture and Depression. Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*, Berkeley, University of California Press, auteur cite par R. Rechtman à propos de l'élaboration du DSM
- Nancy Jean-Luc, *La communauté désœuvrée*, Ed. C. Bourgois, cité par J. Furtos (2)
- Roussillon René (1999), *Agonie, clivage et civilisation*, PUF
- Roussillon René (1991), *Paradoxes et situations limites en psychanalyse*, PUF, auteur cité par J. Furtos à propos du retour du clivé (2)
- Strohl H., Lazarus A. (dir), (1995), *Ville santé mentale, précarité et exclusion sociale, Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, DIRMI, DIV, DASS, DGS, (2, 3)
- Winnicott D.W. (1971), *Jeu et réalité*, Gallimard
- Winnicott D.W. (1994), *Déprivation et délinquance*, Payot
- Winnicott D.W. (2000), *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Gallimard ; auteur cité à propos du « faux self » (2) par J. Furtos

4.3- RÉFÉRENCES COMPLÉMENTAIRES

- Bertrand M., Doray B. (2000), *Psychanalyse, sciences sociales, société.. Pour une mise en perspective*, *L'homme et la société*, 138, pp.11-33
- Blanchet L., Laurendeau MC, Paul D., Saucier JF, *La prévention et la promotion en santé mentale. Préparer l'avenir*, Gaëtan Morin éditeur, 1993
- Doray Bernard, M Bertrand, *Psychanalyse et sciences sociales*, La Découverte, 1989
- Doray Bernard, C. Louzoun *Les traumatismes dans le psychisme et la culture*, érès, 1997
- Bernard Doray, J.-M Rennes (dir). *Regards sur la folie. Investigations croisées des sciences de l'homme et de la société*, Logiques sociales, L'Harmattan, 1993
- De Gaulejac V., Roy S. (1993), *Sociologies cliniques*, REC, Epi
- Joly P., *Prévention et soins des maladies mentales*, Rapport au Conseil Economique et social, Paris, 1997
- Joubert M. (1998), Crise des supports sociaux et démarches de santé communautaire. *Revue internationale de Psychosociologie*, 9 : 123-134

- Joubert Michel (2001) Précarisation et santé mentale. Les déterminants sociaux de la souffrance psychique, dans M. Joubert, P. Chauvin, F. Facy, V. Ringa (eds), *Précarisation, risque et santé*, Ed. INSERM
- Kovess V., *Epidémiologie et santé mentale*, Médecine-Sciences, Flammarion, 1996
- Le Pape A., Lecomte T., *Prévalence et prise en charge de la dépression. France 1996-1997*, CREDES, 1999
- Lovell A., Fuhrer, Troubles de la santé mentale. La plus grande fragilité des femmes remise en cause, dans M.-J. Saurel-Cubizolles, *La santé des femmes*, Flammarion, 1999
- Maisondieu J., *La fabrique des exclus*, Bayard, Paris, 1997
- Pluriels. La lettre de la Mission nationale d'appui en santé mentale*, n°5, 1966, « Prévenir ? »
- Tiévant S., Vidal-Naquet P., *Des moments pour être soi. Enquête auprès d'usagers de structures d'accueil de jour*, DAS, CERPE, sd.
- Vignat J.-P., La santé mentale en France : état des lieux, *Santé Publique*, 2, juin 1999, pp.127-136

5 - MOTS CLES - LEXIQUE DU SÉMINAIRE

La constitution du lexique obéit à une triple nécessité :

- clarifier la terminologie utilisée par les intervenants ou les discutants, de façon à bien s'entendre sur les énoncés et les analyses ; reprendre les termes dans lesquels les notions sont utilisées ; ouvrir quelques fenêtres sur les élargissements ou transpositions possibles
- tenter de reconstituer un tableau (un champ, des liens, des oppositions) pouvant rendre compte de l'état des problématiques et de la pensée dans le domaine de la santé mentale
- dégager un outillage de pensée pouvant être utile pour les acteurs et les professionnels.

Dans ce premier numéro du bulletin, il ne s'agit encore que d'un répertoire de ce qui fonctionne dans les exposés comme des notions-clés permettant de penser le domaine de la santé mentale et des possibilités d'action. Il a vocation à être précisé, complété et référencé d'une manière plus précise à la littérature pour ceux qui voudraient approfondir. Avis aux amateurs.

Entre parenthèse figurent les séances du séminaire où les termes ont été utilisés.

5.1- SUR LES DYNAMIQUES SPÉCIFIQUES A L' OEUVRE DANS LA SANTÉ MENTALE

ATTACHEMENT (capacité d'), reprise par M. Tousignant de cette notion utilisée par les éthologues et les psychologues du « lien » et de l'attachement (Bowlby, Cyrulnik) ; l'identification d'une capacité, d'une compétence sur ce plan, contribue à se donner les moyens d'agir dans le sens de la reconnaissance et du renforcement.

BIEN-ÊTRE (1) Dans l'approche de R. Massé (analyse phénoménologique des idiomes de détresse) le bien-être apparaît comme la résultante de l'estime de soi, de la confiance en soi et dans les autres, avec le sentiment d'utilité et la valorisation par l'entourage.

CLIVAGE, RETOUR DU CLIVÉ (2) J. Furtos ; mécanisme de défense agissant au niveau du moi, de ce qui régule la personnalité, en contact avec la réalité, sociale et interne. « Une partie du moi est congelée, pour ne pas supporter ce qui est intolérable à vivre - un afflux d'excitation, une souffrance insupportable, la possibilité de le lier à des images -, une partie du moi est coupée de l'autre » ; le mécanisme du retour du clivé permettrait d'expliquer certains types de violences.

CONVOCATION CULTURELLE (2) R. Brès, à propos de la fin de l'adolescence évoque cet impératif ressenti par beaucoup de jeunes, avec la nécessité de trouver sa propre temporalité et de s'y inscrire d'une manière effective ; un moment de bascule où il fait l'apprentissage, dans un contexte culturel donné, de sa possible différence, avec tout ce que cela peut entraîner comme rupture et mise à l'épreuve.

DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE (1) ; terme repris par R. Massé pour parler des « états de détresse générale », quand « les gens sont mal dans leur peau, ont de la difficulté à faire face à leur situation et peuvent présenter des signes de dépression, d'anxiété, et même des pensées suicidaires ». Cf. Idiomes de détresse.

ESTIME DE SOI (1, 2) notion classique en psychologie qui revient constamment dans l'analyse des troubles de santé mentale : c'est l'un des idiomes de détresse identifié par R. Massé (perte de l'estime de soi) ; c'est le terrain sur lequel la plupart des actions de santé mentale travaillent (renforcer, restaurer).

FAUX SELF (2) référence à Winnicott ; Furtos : manière de surmonter le sentiment de honte et la sensation d'effondrement interne du moi par l'adoption d'une surface de présentation et d'expression de soi qui est déformée pour masquer ce que l'on ressent.

HONTE (2, 3) Référence à V. de Gaulejac (biblio) ; Furtos : « L'affect de honte se situe à l'interface entre la vie sociale et la vie privée, puisque c'est la manière dont on est reconnu par autrui, qui fait que soit l'on est fier d'être quelqu'un, soit on a envie de disparaître parce qu'on a l'impression que l'on existe pas. Et bien, l'humiliation qui conduit à la honte est un clivage. Qu'est ce qui se passe quand on a honte ? On sent un effondrement interne .. (un) appauvrissement instantané du moi, une perte du sentiment de la continuité d'existence, une perte du dialogue interne »

IDOMES DE DÉTRESSE (1), pour les anthropologues (R. Massé), « l'expression de la souffrance mentale et de la détresse psychologique est largement modulée par le cadre culturel dans lequel on vit. Dans certaines cultures, on va avoir plus tendance à l'exprimer à travers des idiomes de somatisation, dans certaines autres à travers des idiomes de culpabilisation, d'autre fois par des expressions de violence ». L'analyse effectuée par R. Massé et son équipe sur la population québécoise fait apparaître quatre grands types de symptômes : l'auto-dévalorisation, l'irritabilité et l'agressivité, l'anxiété et la dépression, le désengagement social. « Idiome fait référence à des canaux d'expression qui sont propres à certaines cultures pour exprimer leur malheur », c'est à dire que les signes exprimés peuvent être analysés comme un langage avec des syntaxes spécifiques à décrypter.

PHÉNOMÉNOLOGIE (1) (approche phénoménologique de la détresse) ; démarche utilisée par R. Massé pour approcher l'expérience vécue de la détresse psychologique ; sur la méthodologie utilisée : récits détaillés (narrations de détresse) sur les problèmes ressentis recueillis au travers d' « entrevues ouvertes ». Expression libre de la situation de détresse, suivie par des questions plus précises sur des aspects plus cognitifs, somatiques et comportementaux. Il s'agit de comprendre le sens que la personne attribue à ce qu'elle ressent avec le souci « d'élaborer des approches de la santé mentale qui soient culturellement sensibles, basée sur l'ancrage des gens dans leur vécu, dans leur environnement quotidien »

RENDEZ-VOUS MANQUÉS (2), notion utilisée par R. Brès à propos des adolescents pour rendre compte de cette impression de rage ressentie par ceux qui ont traversé des épreuves et expériences négatives (délinquance, toxicomanie) et qui ont le sentiment que les choses auraient pu se jouer autrement. La compréhension de ces plages de la vie où les destins bifurquent est plus généralement importante pour la prévention.

RÉSILIENCE SOCIALE (1) ou « résilience de la communauté », notion présentée par M. Tousignant pour rendre compte de la capacité d'une communauté « grâce à son capital social, ses compétences » à « amener les individus qui en sont membres à traverser les grandes épreuves de la vie » grâce à un certain nombre de ressorts (fierté d'appartenance, solidarités, souci de chacun assurant le maintien de l'estime de ceux qui connaissent des difficultés, socialisation dynamique, échanges..)

SANTÉ MENTALE (1, 2, 3) : « Le domaine de la santé mentale n'appartient pas uniquement à la psychiatrie, mais plutôt à une sorte de champ interdisciplinaire qui peut aller de la psychiatrie, à l'anthropologie, à la psychologie et même, à la science-politique » (M. Tousignant). R. Rechtman dans la discussion (1) récuse la possibilité pour les psychiatres de définir la santé mentale. Au niveau des acteurs locaux, la santé mentale apparaît sous l'angle des problèmes : plaintes, mal-être, isolement, errance. Marc Schoene (Saint-Denis, 3) signale que « sur une ville, l'ensemble des acteurs, dans leur diversité sont confrontés aux problèmes de santé mentale, au sens large de « mal-être » : professionnels de la santé mentale, mais aussi professionnels de la santé en général, professionnels du social, professionnels de l'éducation, épiciers...etc... Pour les habitants, la santé mentale est différente de la maladie » .. le bien être est « la somme des déterminants de la santé, le ramassage des ordures, l'éclairage public ». Le caractère cumulatif des problèmes de santé mentale est également souligné (difficultés en chaîne activées par la dépression, la difficulté à réagir).

V. Kovess (1996) distingue la *santé mentale positive* qui se définit au travers de 3 axes : l'actualisation de soi (aspirations, exigences avec divers degrés de satisfaction), la capacité d'adaptation (faire face au stress, résistance permettant de prévenir des évolutions pathologiques) avec plusieurs types de ressources psychologiques (l'estime de soi, la tendance à se dénigrer et l'impression de maîtriser sa propre vie) et le bonheur (état de bien être psychologique). La *santé mentale négative* (R. Massé) s'organise autour de quatre pôles : l'auto-dévalorisation, l'irritabilité/agressivité, l'anxiété/dépression couplée à un état de stress, le désengagement social.

SOCIÉTÉ PRÉCAIRE (2) : « société qui a l'obsession de perdre.. bâtie sur la peur de perdre son argent, son logement, son travail, son statut, ses avantages sur la retraite, ses effectifs à l'hôpital, ses budgets à l'hôpital...etc. Toute l'énergie psychique est orientée sur l'idée de ne pas perdre » (J. Furtos)

SOUFFRANCE MENTALE ou PSYCHIQUE ou PSYCHO-SOCIALE (1, 2, 3) : terminologie récurrente visant à rendre compte des difficultés manifestes vécues par certaines personnes sans que pour autant une « maladie mentale » soit identifiable ; plusieurs dimensions coexistent dans cette souffrance : la traduction d'un état (tensions, douleur intime, symptôme), un mode de communication (expression d'un refus, d'une impossibilité, du caractère insupportable d'une situation) et une manière d'agir, de gérer les tensions, de se manifester (éventuellement d'une manière violente). J.-P. Martin parle du mal-être et de la « façon de ne plus arriver à réaliser le sens de sa vie ».

SOUFFRANCE DES PROFESSIONNELS (2, 3) : importance des tensions vécues par les professionnels de première ligne en contact avec tous les mécanismes de décompensation, de « retour du clivé » dont parle J. Furtos. Les cliniciens notent de nombreuses « névroses traumatiques chez ceux qui sont au front » (CHRS, AS, éducateurs de rue..). Certaines équipes elles-mêmes seraient traversées par des phénomènes de violence. J.-P. Martin va jusqu'à noter la nécessité de développer une « clinique pour soignants, pour intervenants sociaux ».

SOUTIEN SOCIAL (1), présenté par M. Tousignant comme une « démarche spontanée opérée par les collectivités et les individus pour combler les manques affectifs et les manques de pouvoir qui peuvent déséquilibrer le sentiment de bien être .. qui a son origine dans les relations de filiations, les relations de couples, de parenté, d'amitié, de bon voisinage, et même, pour les gens un peu isolés dans les relations professionnelles » ; il participe au maintien ou au rétablissement d'une bonne santé mentale à condition qu'il permette à la personne de développer son « sentiment de compétence et de contrôle .. sur son destin personnel » et ne conduise pas à un amoindrissement de l'« estime de soi ».

TERRITORIALITÉ (1), un des deux concepts de référence dans l'approche proposée par M. Tousignant ; la notion renvoie au fonctionnement des hiérarchies, du pouvoir, du statut social, avec pour la psychologie une correspondance avec le registre de l'estime de soi.

ZAPPING (2), R. Brès, à propos des adolescents, parle de cette manière de ne pas « se prendre la tête » : passer d'une scène, d'une préoccupation à l'autre ; la souffrance dérive d'un blocage de cette capacité. Idée reprise par J. Furtos qui y voit le principe de plaisir à l'œuvre.

5.2- SUR LES POLITIQUES ET LES MÉTHODES D'ACTION EN SANTÉ MENTALE

ALLIANCE, NÉGOCIATION (2), condition du travail avec les adolescents pour R. Brès : trouver un terrain d'entente préalable, le négocier d'une manière claire avec eux avant de commencer un travail.

ATELIERS SANTÉ VILLE (3), dispositif mis en place dans le cadre de la politique de la ville visant à faciliter l'engagement de démarches de santé appropriées au niveau local en direction des publics les plus en difficulté, en évitant les logiques de stigmatisation.

CLINIQUE PARTAGÉE (3), J.-P. Martin évoque le travail engagé avec les services sociaux, les associations à propos d'un certain nombre de situations de façon à clarifier les attentes par rapport à la psychiatrie (élaborations-balises) et à échanger les points de vue sur la situation des personnes ; une forme de « clinique partagée » où le secret médical est partagé par les partenaires de ce travail.

CLINIQUE PSYCHOSOCIALE (2) : « née d'un constat de souffrance psychique que l'on ne peut plus cacher .. pas seulement chez les précaires ou les pauvres au sens sociologique du terme ». Elle « apparaît de plus en plus sur les lieux du social.. il s'agit de professionnels ou de bénévoles qui sont en relation singulière, comme les médecins, avec la souffrance de l'autre, souffrance qui n'apparaît plus en premier lieu dans une hôpital psychiatrique, mais sur le lieux du social » (Furtos).

ÉCHANGE DE PRATIQUES (3) Besoin évoqué à de nombreuses reprises ; beaucoup d'expériences intéressantes restent cloisonnées et ne sont pas valorisées ; les professionnels ont aussi besoin d'échanger, d'intervision et de supervision quand ils sont confrontés journallement à la souffrance psychique et la détresse psychosociale. Le travail en réseau peut faciliter ces échanges à partir du moment où ils sont pensés dans une logique différente de la filière et du seul souci de l'orientation.

ETAYAGE CLINIQUE ET SOCIAL (2). R. Brès avec les adolescents ; double mouvement entre les deux niveaux d'action : « on a besoin qu'un étayage soit posé sur le plan du social ». Cela signifie qu'un travail soit entrepris avec l'entourage, en accord avec l'adolescent, pour qu'il puisse y retrouver de quoi se construire. Et inversement « sur le plan du social, pour que les choses puissent fonctionner, il est important qu'il y ait cet étayage du côté du soin ».

LIEUX D'ÉCOUTE (2, 3) : dispositifs de proximité où les jeunes et/ou leurs parents peuvent venir sans condition ni demande précise et peuvent évoquer les difficultés auxquelles ils sont confrontés. Ils ont vocation à travailler en réseau et à s'inscrire dans la logique de la politique de la ville. Ils agissent aussi bien en prévention des toxicomanies, qu'en prévention sur le plan de la santé mentale (conduites à risques, souffrance psychique). Sur ce type de structure, J. Furtos signalait un paradoxe : la possibilité, à l'occasion de rencontres dans de telles structures ouvertes, d'exprimer ce qui a pu relever jusqu'alors d'un « clivage chronique », peut conduire à un « retour du clivé » qu'il faut savoir gérer. Dans l'expérience menée par R. Brès sur Montpellier, les parents venant pour un adolescent réticent sur la psychiatrie, sont orientés vers le Point-écoute. J.-P. Martin pour un travail avec les personnes errantes sur Paris évoque l'importance de déplacer l'interface d'action sur le terrain des associations avec la création de « lieux d'écoute, de contact » et de « groupes de parole » travaillant dans la proximité. Cela est d'autant plus nécessaire, que ces publics n'accrochent pas aux logiques et méthodes des institutions.

MAISON DE LA SANTÉ (3) Pôle communautaire et pôle professionnel (Saint-Denis), projet de la ville déposé dans le cadre des Ateliers Santé Ville ; ce type de lieu permet de fixer des

plages d'échange et de rencontre, tant pour les professionnels que pour les habitants intéressés par un engagement sur les questions de santé.

MOBILISATION (2), R. Brès évoque cette notion pour rendre compte de l'engagement des différents acteurs nécessaires pour sortir d'une prise en compte unilatérale de la souffrance des adolescents : « aussi bien les parents, que le médecin généraliste, que tous les gens, les adultes que cet adolescent rencontrait ».

POLITIQUE LOCALE DE SANTÉ MENTALE (3) Les interventions de la troisième séance ont convergé vers l'intérêt et l'importance que pourraient avoir des actions conduites plus systématiquement à l'échelle locale ; comme pour la prévention des toxicomanies, le travail de proximité qui peut être conduit de manière concertée sur un quartier ou une ville est susceptible de toucher les supports et dynamiques qui contribuent à l'entretien de la santé mentale des habitants (capacités de confrontation, solidarités)

PRÉVENTION PAR LES PAIRS – Saint-Denis (3) Les démarches de prévention par les pairs partent du principe que la meilleure prévention, surtout chez les adolescents et les jeunes adultes, est celle qui transite par leurs propres canaux de communication (échanges informels, activités menées en commun par des jeunes appartenant aux mêmes réseaux, au même milieu). L'expérience menée à Saint-Denis concernait essentiellement des jeunes filles ; il s'agissait d'un travail sur l'alcool ; le média travaillé par le groupe était la danse. Il s'agissait de « mettre en mouvement des jeunes autour des problématiques d'addiction dans un premier temps, et dans un second temps, de les faire devenir eux-même des éducateurs auprès de leur pairs ».

PRAPS (3) Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins ; ils comportent généralement un volet « santé mentale », avec divers objectifs tant sur le plan des soins que de la prévention. Ces programmes sont issus d'un travail concerté de diagnostic entre les différents départements concernés ; ils s'inscrivent dans le cadre de la lutte contre les exclusions et permettent de dégager et de concourir des financements pour des actions travaillant dans ce sens.

RÉSEAUX (2, 3) R. Brès à propos du « Réseau pour adolescents en souffrance » évoque l'intérêt de relier les centres de soins, l'éducation nationale, les CHRS (Centres d'hébergement et de réinsertion sociale) et les foyers d'accueil recevant des adolescents en situation de totale exclusion sociale ; décloisonner les « réponses soignantes » sans tomber dans la confusion des genres (cf. étayage). Les expériences de travail au niveau local sur les questions de santé mentale engagent toujours un travail de mise en réseau et de recherche de « relais » qui permettront de réduire la distance entre les personnes confrontées à une souffrance psycho-sociale ou à une dépression et ceux qui peuvent leur apporter un soutien, une aide, des soins. J.-P. Martin évoque aussi les réseaux créés dans le cadre d'une clinique partagée.

STRUCTURE TRANS-SECTORIELLE (2) évoquée par R. Brès ; autre figure des réseaux et des dispositifs partenariaux pouvant décloisonner les problèmes de santé mentale de la spécialité psychiatre en multipliant les croisements et passerelles avec les autres dimensions de la vie des personnes (éducation, activité publique, droits, famille, problèmes sociaux ..)

TERRITORIALISATION (ACTIONS PUBLIQUES LOCALES) (3), mouvement de redistribution des ressources médico-sociales et préventives à l'échelle des « entités quartiers » pertinentes sur une ville (ou à l'échelle de la commune ou de l'intercommunalité) quand l'échelle s'y prête ; le cadrage territorial est susceptible de faciliter la construction d'une appréhension globale de la situation (ressources, problèmes) d'une population ; l'écueil souligné dans les discussions, c'est d'introduire de nouvelles inégalités d'un territoire à l'autre) et d'avoir du mal à saisir les publics plus nomades.

TRAVAIL DE PROXIMITÉ (3), terminologie reprise dans plein de domaines, avec quelques ambiguïtés, mais qui fait écho à un impératif fort ressenti par les acteurs sanitaires et sociaux

au niveau local : la nécessité de retrouver le contact avec certains publics manifestement en difficulté, d'inventer des modes de rencontre et de soutien qui sortent des formes habituelles et soient proches des préoccupations et de la sensibilité des publics (Les anglo-saxons, pour le domaine des toxicomanies parlent d'*outreach work*). La création de « référents santé » sur les quartiers (Saint-Denis), l'ouverture d'un espace de parole (Romainville)

(Travail réalisé par M. Joubert, sociologue, RESSCOM)

6 – QUESTIONS ET CORRESPONDANCES

Cette rubrique est ouverte à toutes les correspondances, informations ou contributions pouvant intéresser la réflexion du séminaire.

Appel reçu de Marcel Jaeger

Cet appel peut être reproduit et diffusé

Pour une politique citoyenne de santé mentale

La définition de la SANTE MENTALE ne se réduit ni à la question que pose aux Pouvoirs Publics la gestion de la folie, ni aux traitements de troubles psychopathologiques par des professionnels de la psychiatrie, ni davantage à une souffrance morale explicite prise en compte par les professionnels du champ social, assistante sociale, éducateur, infirmier, médecin généraliste, gynécologue, psychothérapeute, psychanalyste ... Ces différentes approches ne recouvrent que très partiellement le MAL-ETRE des populations.

Le Concept du MAL-ETRE

Il n'y a pas de définition usuelle du MAL-ETRE. Tout au plus trouve-t-on dans le dictionnaire courant celle du BEN-ETRE qui a un double sens: celui d'une « disposition agréable du corps et de l'esprit » , mais aussi celui d'une « situation financière qui permet de satisfaire les besoins essentiels » A prendre le contre-pied de cette définition, on voit donc bien que le MAL-ETRE a une double dimension: intérieure et économique. Nous sommes bien obligés de reconnaître que nous ne parvenons pas à traiter ces deux aspects de façon simultanée. Ainsi tente-t-on ici de « psychiatriser » la misère, faute d'autres perspectives. Là, au contraire, attribue-t-on des secours financiers, certes nécessaires, mais en passant à côté de difficultés d'une autre nature dont la prise en charge permettrait précisément aux intéressés de retrouver un équilibre.

On comprend donc l'impérieuse nécessité d'articuler le social et le matériel à la fois pour poser le diagnostic partagé des situations et définir ensemble une action.

Relations entre travail social et psychiatrie

A première vue, les relations entre le travail social et la psychiatrie de service public sont de nature très diverse, selon les endroits, et selon les personnalités des interlocuteurs: indifférence mutuelle dans certains cas, mépris, voire agressivité réciproque dans d'autres, mais de plus en plus, recherche de synergies, et efforts pour travailler ensemble.

L'actualité de la psychiatrie publique est faite d'une baisse spectaculaire du nombre de lits d'hospitalisation, et du basculement d'un nombre croissant de « patients » vers des structures sociales et médico-sociales, que ce soit pour des projets d'insertion, ou pour des prises en charges plus adaptées et souvent moins coûteuses que l'hôpital (maisons d'accueil spécialisées, foyers ...) on peut comprendre que les professionnels de la psychiatrie y voient une dissolution administrative de la maladie mentale dans le handicap, qu'ils vivent ce changement sur le mode de la perte. A l'inverse du côté du secteur social, on a vu se développer la crainte des efforts non maîtrisables d'une immigration institutionnelle des

malades mentaux, des intrusions du monde hospitalier, et ceci d'autant que la psychiatrie a une mauvaise image de marque.

Vers une approche nouvelle ...

Le manque de cohérence entre le social et le médical fait apparaître une frange de populations errante, composée « d'accidentés de la vie » qu'aucun dispositif de santé mentale n'appréhende dans sa singularité, et qui n'arrête pas de tourner dans le manège des circuits assistantiels: foyers, lieux de vie, prisons, hôpitaux... etc. (syndrome de la porte tournante). Ce phénomène désespère les professionnels impliqués, mais impuissants. C'est pourquoi de nouveaux outils conceptuel sont nécessaires qui réunissent dans une nouvelle approche institutionnelle le médical, le psychologique et le social. Contrairement à l'idée qui fonde l'ensemble de notre dispositif de protection sociale, il faut faire le deuil des supposées populations-cibles. D'abord parce que les mouvements des personnes en difficulté s'accroissent entre les institutions, voire dans leurs marges. Ensuite, parce que les profils « cliniques », sont polymorphes: des indications et des balancements entre des difficultés familiales, sociales, et économiques, des perturbations psychologiques qui relèvent parfois de la psychiatrie, des déficiences diverses aussi bien physiques que mentales.

Une politique citoyenne de santé mentale ...

Une véritable politique citoyenne de santé mentale consiste par conséquent à promouvoir de façon large une prise en compte du MAL-ETRE des personnes, tant au niveau de l'individu que de la famille et du groupe social. Une politique de santé mentale ainsi conçue suppose d'associer aux professionnels du champ sanitaire le secteur social et médico-social, les réseaux ville-hôpital, en fonction de problématiques spécifiques (par exemple prévention et traitement des conduites de violence privée) et le tissu associatif.

L'éventail des problèmes justifie bien sûr que praticiens et professionnels du social créent ensemble les conditions permettant de traiter le MAL-ETRE à travers des structures qui n'appartiennent ni au médical, ni au social. Peut-être est-ce cela qu'on appelle l'innovation sociale. Dans ce cadre se pose bien évidemment la question d'autres liens pertinents entre le médical et le social. Ils impliquent une construction collective susceptible d'ouvrir le champ des possibles.

Des conventions particulières ...

Le phénomène le plus intéressant est le mouvement de fond qui traverse toutes les structures, à savoir la recherche de partenariats formalisés par des conventions, de mises en réseau entre des équipes de secteur psychiatrique et des institutions sociales (CHRS notamment) et médico-sociales (IME, CAT, Foyers, MAS...). Certes, l'évolution des pratiques ne se résume pas à la signature de conventions. Le travail en réseau suppose que les différents professionnels de chacune des filières (infirmiers, médecins, psychologues, éducateurs spécialisés, assistants de service social, enseignants ...) se connaissent, apprennent à travailler ensemble, coordonnent leur action autour de projets communs. S'il faut un cadre réglementaire pour pérenniser les collaborations et dépasser les seules empathies entre intervenants, il importe surtout que soit pensée la coordination des actions, que les niveaux de travail en commun soient parlés et sans cesse interrogés, que la rencontre soit aussi celle de cultures différentes, et donc que des formations transversales soient mises en place.

... à l'innovation sociale

Pour y parvenir, il faut maintenant inventer, a partir de nouvelles stratégies sociales de nouvelles logiques institutionnelles permettant d'articuler les champs du sanitaire, du juridique et du social, et ainsi de traiter le MAL-ETRE par l'innovation sociale. L'affaire n'est pas simple et tout cela ne peut se faire sans une éthique personnelle et professionnelle forte des intervenants, quelle que soit leur planète.

Janvier 2001

Pierre BENGHOZI - Roland BROCA - Hélène CORNIERE - Vincent DAUSSY - Marcel JAEGER - Jacques LADSOUS - Annie-France LE PAPE - Pierre SADOUL - Jacques SIMONNET.

Mme, M.

Je vous prie de trouver ci-joint le texte d'un appel que nous lançons dans les secteurs social et médical pour une politique citoyenne de santé mentale.

Cet appel est un appel à débats: nous nous engageons à publier toutes les communications qui nous seront envoyées autour de ce thème dans de simples livrets.

Cet appel est aussi un appel à rassemblement pour un colloque qui aura lieu

les 9 et 10 Octobre 2001 à Paris

Ce colloque a obtenu l'agrément de Madame la Secrétaire d'Etat à la Santé, et de ses services. Que tous ceux qui sont intéressés par cet appel et cette démarche se retrouvent le 10 mars à 14h30 à Sainte Anne - Fin de réunion :17h.

Merci de nous confirmer votre présence.

Amicalement
Pour le collectif

.....

Bu!letin-réponse à retourner à
« Pour une politique citoyenne de santé mentale »

**c/o Marcel JAEGER
BUC-RESSOURCES
1 bis rue Louis Massotte
78530 BUC**

Tél. 01 39 20 19 91 - Fax 01 39 56 55 39

e-mail : buc.Jaeger@wanadoo.fr

Nom et prénom:

Fonction :

Adresse:

.....

Je suis intéressé(e) par la démarche.

Je compte envoyer une (ou des) communication(s).

Je serai présent le 10.3.2001

ALe

Signature

Contribution du Dr Francis LEVY (Médecin directeur du Service de Santé de la ville de Mulhouse)

(adressée avant la première séance tenue en octobre 2000)

Les phénomènes de violences, vandalismes et troubles de l'ordre public sont à l'origine du profond sentiment d'insécurité qui règne dans la population. Cette question interpelle les Pouvoirs Publics au sens large de l'Etat jusqu'aux autorités de proximité que sont les Maires. La question de la violence donne lieu à des amalgames : minorités violentes, quartiers et banlieues sans loi, zone maudite et bien entendu lorsque les termes de psychopathies et sociopathies sont utilisés la violence entre immédiatement dans le champ sanitaire et plus précisément dans le champ de la santé mentale. Le risque est alors très grand de demander au médecin d'être comptable de l'homéostasie sociale. Il est évident que nous ne devons pas en tant que médecin accepter de devenir les éboueurs de la société.

Ce risque d'amalgame identifié, il n'en est pas moins vrai que nous constatons l'apparition de néo-pathologies différentes des pathologies mentales habituelles. Ces états liés à la fragilisation de la société s'appellent alcoolisme, toxicomanies, exclusion, grande marginalité, psychopathie et états limites. La violence en est souvent l'expression aiguë et le passage à l'acte auto ou hétéro agressif en est le signe de gravité.

DÉFINITIONS ET STÉRÉOTYPES

Il n'y a pas une pathologie appelée "violence" ou comportement violent tant individuel que collectif. Violence recouvre une vaste gamme d'actes et de comportements de l'agression physique aux gestes et propos menaçants, de la violence psychologique aux dommages matériels, celle dirigée contre autrui ou l'automutilation, des voies de fait à la grande criminalité. Il faut au minimum avoir des définitions communes et des concepts clairs.

La problématique n'est pas non plus neuve, rien ne nous prouve que la ville d'aujourd'hui est plus dangereuse que celle d'hier. La cité antique, le bourg du moyen âge, la ville du 19^{ème} siècle étaient sans aucun doute au moins aussi voir plus dangereuses et plus violentes que nos centres urbains ou nos banlieues. La ville n'est pas plus criminogène actuellement qu'autrefois. Il suffit de lire les chroniques anciennes ou la littérature pour s'en rendre facilement compte. La vie de l'homme y était infiniment plus dure, plus courte et soumise aux aléas des maladies, épidémies, famines et guerres. La violence a de tout temps fait partie de la vie de l'homme, à la ville comme dans les campagnes.

Ce qui est neuf, c'est que l'homme contemporain vit pour l'essentiel en agglomération. Le destin de l'homme du 21^{ème} siècle est collectif. Les villes sont le théâtre des malheurs de l'homme moderne.

Pour ce qui est du lien de causalité entre santé mentale et violence, il n'y a pas à ma connaissance d'élément pour dire que la maladie mentale contribue à la violence en général. Ce qui paraît relativement établi est que :

- La prévalence de la pathologie mentale dont les toxicomanies sont un de ses effets, demeure forte en milieu carcéral.
- Le risque de violence et de comportement entraînant l'intervention de la police est important chez les patients et anciens patients psychiatriques vivant en ville surtout s'ils ont des antécédents de comportement violent ou s'ils sont atteints de psychose.
- Les membres de la famille des patients ou anciens patients psychiatriques sont les cibles des violences les plus communes et non les citoyens en général.

- Le risque de violence est élevé chez les malades mentaux hospitalisés surtout s'ils ont déjà procédé à des passages à l'acte violents ou s'ils présentent des symptômes de psychose en particulier psychose délirante persécutive.

PROBLÉMATIQUE

L'alcoolisme avec sa variante alcoolique dangereux, les toxicomanies et plus particulièrement les toxicomanies aux psychodysléptiques, la psychopathie, les états limites sont au plan individuel les néo-pathologies les plus susceptibles de virer à la violence. Au plan collectif les phénomènes de bandes, de hooligans et de vandalisme sont les sociopathies les plus courantes, ayant comme déterminant l'action violente.

La problématique de la violence est qu'elle nous conduit hélas à travailler dans l'urgence. Revenir à un état de sécurité lors d'une crise violente d'un patient est en effet une urgence. Or travailler dans l'urgence c'est bousculer nos habitudes et notre conformisme. C'est payer de sa personne, s'exposer au risque et être disponible.

Souvent l'urgence s'accommode mal avec le droit, le respect des formes et des procédures. Elle oblige à un exercice difficile, à marcher sur une corde raide. Elle nécessite des intervenants formés sachant dépasser leur propre peur.

La réponse à l'urgence doit être rapide mais différenciée. La démarche la plus complexe est d'évaluer le degré d'urgence et de danger : risque de suicide, risque pour les tiers, risque pour les soignants et risque médico-légal.

Au niveau de la ville, il y a urgence lorsqu'une situation de crise individuelle est intolérable pour le groupe ; lorsque du fait de la situation de crise le groupe lui-même bascule dans la violence. La question se complique par l'absence de représentation de la souffrance sociale. Nous sommes habitués au champ de la souffrance physique ou psychique d'un patient par contre aborder la souffrance d'un groupe social (colocataires, familles, groupe scolaire, groupe au travail) bouscule nos modes de pensée. En fait c'est toute la difficulté du passage à la référence communautaire. La nosologie de l'urgence sociale reste à définir.

Les services de santé communaux, j'en dirige un, sont de plus en plus sollicités par les habitants soit directement soit par l'intermédiaire des élus sur ces questions.

Il nous faut alors prendre la mesure des problèmes, aller au contact, vérifier ce qui est du champ médical ou social et relevant une intervention sanitaire et ce qui est du champ de l'intervention policière ou judiciaire.

Aujourd'hui nous sommes privés d'outils méthodologiques, de temps et de moyens en personnels pour mieux appréhender les enjeux de ces souffrances. C'est sur le temps que j'insiste car l'intervention dans ce domaine est chronophage.

LES OUTILS LEXICALISATIONS ET RÉGLEMENTAIRES

Il existe un arsenal législatif et institutionnel à notre disposition et susceptibles de nous éclairer. Lois et textes réglementaires codifient l'intervention des pouvoirs publics. Des institutions spécialisées ont émergé constituant un réseau complexe ayant pour mission l'accompagnement médical, pédagogique, social, judiciaire dont les fonctions et champs respectifs ne sont pas toujours clairs ni délimités.

La difficulté réside dans l'opposition des deux pôles visés, d'une part l'intérêt et le respect de l'homme fut-il déviant et d'autre part la nécessaire sérénité du groupe et les impératifs de protection de la société. Il y a, là, place pour de nombreux dysfonctionnements dont les patients violents tirent parti et qui conduisent souvent à une impression d'inutilité et de gâchis.

Le code de santé publique permet l'hospitalisation à la demande d'un tiers pour les troubles mentaux non accessibles aux soins du fait de la pathologie, l'hospitalisation d'urgence et d'office en cas de danger pour le patient ou les autres. D'application quotidienne ces hospitalisations ont cependant mauvaise presse car le sentiment d'enfermement prédomine dans les esprits alors qu'il s'agit simplement de permettre à des malades d'accéder à des soins.

La loi du 15 avril 1954 sur les alcooliques dangereux est le type même de l'outil impossible. Elle permet en théorie des mesures coercitives chez les alcooliques dangereux mais du fait de la carence sanitaire en établissements spécifiques permettant de les recevoir, son application est exceptionnelle. Pourtant ce texte qui permet, après avis médical, à l'autorité judiciaire de prononcer des interdictions temporaires de conduite automobile, de suppression de permis de chasse, de port d'armes, de placement des enfants, permettrait, bien utilisé d'éviter bien des drames.

Les textes assurant la protection des incapables majeurs sont un corpus complet permettant une gamme de protection modulée selon l'état des patients, mais la procédure est longue et peu adaptée aux situations d'urgences. Enfin il conviendrait d'associer à la seule protection des biens assurée par les tuteurs et curateurs une prise en charge plus large tenant compte des conditions de vie et de santé. Voilà qui nécessite une nouvelle approche de la fonction de tuteur ou curateur, des moyens ainsi qu'une formation adaptée pour les personnes remplissant ces fonctions.

L'ensemble de la protection des mineurs date des ordonnances de 1945 au plan pénal et de la loi du 4 juin 1970 au plan civil. L'irresponsabilité pénale absolue du mineur de moins de 13 ans et relative de 13 à 18 ans, le privilège de juridiction faisant du juge pour enfant le pivot de ce dispositif, font que la voie éducative est la règle et la condamnation l'exception. Il est possible que ce retard de confrontation à la loi soit générateur ou au moins facilitateur de comportements asociaux chez les jeunes ? Les examens psychiatrique et psychologique sont par contre de pratique quasi systématique dans ce domaine. Force est cependant de constater que l'implication forte de pédopsychiatres et psychologues n'a pas fait chuter la délinquance infantile. C'est d'ailleurs dans ce domaine que les amalgames sont les plus évidents permettant aux jeunes violents de jouer les institutions les unes contre les autres.

OUTILS ET MODE OPÉRATOIRE

La tentation de créer des structures nouvelles avec leur cortège de spécialistes pour répondre à la question de la violence est inhérente à notre organisation de la santé. C'est ainsi que sont nés les alcoologues puis les officines pour toxicomanes, les victimes suscitent la victimologie et sont prises en charge par les cellules départementales médico-psychologiques, après 65 ans seul le gérontopsychiatre est compétent et bientôt chaque symptôme aura son spécialiste !

Il me paraît donc peu pertinent de créer une nouvelle spécialité du type "agressologie". On comprend donc que je ne milite pas pour la création d'urgentistes de la violence. Par contre, il me paraît essentiel que l'ensemble des partenaires qui interviennent dans ce domaine bénéficie d'outils leur permettant devant des situations toujours difficiles de faire au mieux.

En premier il nous faut valider des outils cliniques de mesure du risque. Le psychiatre expert qui répond aux questions du juge possède des références qui lui permettent de faire un pronostic sur l'évolution de la pathologie mentale et ses possibilités curatives. En urgence, dans une crise violente, il nous faut posséder impérativement un canevas clinique pour évaluer la situation, d'en prévoir l'issue probable et de proposer une prise en charge. Dans les pays anglo-saxons il existe des outils de prédiction de risque de violence. Le dangerous behaviour rating scale (DBRS), le violence risk appraisal guide (VRAG), la psychopathy

checklist (PCL), le historical clinical risk management 20 item (HCR-20) sont des outils essentiellement développés pour l'expertise psychiatrique, leur but est avant tout de déterminer le risque de récurrence. Leur maniement est trop lourd pour une utilisation en urgence. Je suggère qu'une des premières tâches soit de forger des outils adaptés aux situations de crises. On devra se baser sur ce type de scores mais il conviendrait de les simplifier et de les valider par des études épidémiologiques dans le contexte français.

L'outil clinique doit ensuite déboucher sur une méthodologie d'intervention puis sur une conduite à tenir. Faire usage de la force, lorsqu'il faut hospitaliser un malade malgré lui, le contenir physiquement ou lui administrer un traitement sédatif qu'il rejette ne s'improvisent pas. Contenir un état d'agitation sévère, gérer une angoisse paroxystique, protéger un patient de sa propre violence ou en protéger autrui, sont des actes de soins difficiles et parfois dangereux. Ils sont souvent complexes et nous rebutent car il s'agit d'assumer la violence qui s'exerce sur le malade tant physique que psychique. Ces mesures ne se justifient que dans une ambition thérapeutique et dans un cadre éthique strict qui doivent être préalablement définis. La neutralisation du symptôme n'est pas un but en soi.

En extrahospitalier ces interventions, parfois sous les yeux du public, parfois avec la nécessaire participation des forces de l'ordre sont d'autant plus difficiles à conduire que nous ne sommes que peu préparés et que nous ne disposons pas d'un mode opératoire ni d'un recul suffisant chaque intervention étant différente.

Au total, il serait souhaitable d'élaborer une clinique et des modes d'interventions qui permettent d'appréhender les phénomènes de violences "psychosociales" qui sont avant tout l'expression d'une souffrance souvent inaudible pour les sujets et encore moins pour autrui. Ce travail me paraît urgent et indispensable car à ce jour nous ne pouvons compter que sur notre propre expérience parfois chèrement payée.

Docteur Francis LEVY

Médecin directeur du Service de Santé de la ville de Mulhouse

10, bis Porte du Miroir 68100 Mulhouse

03 89 45 91 57 / Fax : 03 89 45 15 80/ Email : naj@evhr.net

LA SUITE...

Un dernier rappel pour terminer ce premier numéro du bulletin. Nous comptons bien qu'il ne soit pas le seul et unique et pour cela nous avons besoin de vous.

Ce bulletin est un outil de travail, de réflexion et d'échange. Il a vocation à circuler à être critiqué, alimenté. Ce n'est qu'à cette condition que les nombreux acteurs du champ de la santé mentale pourront contribuer à clarifier les contours de ce domaine, à valoriser les actions engagées et à participer à l'élaboration d'une politique de prévention.

Nous vous rappelons donc les moyens de communiquer avec l'équipe du séminaire :

RESSCOM

Envoyer vos **mail** à :

E-Mail : resscom@wanadoo.fr

Consulter le **site** où figurent le décryptage complet des séances et où le nouveau programme sera affiché . Vous y trouverez aussi, à la rubrique « réseaux », l'argument d'un réseau régional de santé publique (Île-de-France) tourné vers la recherche et associant cliniciens, épidémiologistes et sociologues ; il est plus particulièrement consacré aux relations entre la précarisation du travail et du rapport au travail et la santé mentale :

Site internet : <http://perso.wanadoo.fr/resscom/>

Courriers à :

Séminaire Santé Mentale

RESSCOM

40, rue de Malte

75011—PARIS

Délégation Interministérielle à la Ville

Site : www.ville.gouv.fr

Adresse postale (à l'attention de C. Richard) -

194, avenue du Président Wilson

93217 Saint-Denis la Plaine CEDEX