Un psychiatre et la précarité

Jean **Furtos**

Psychiatre, ONSMP-ORSPERE

Mais l'action des hommes s'est atomisée…
Quel vide, quel vide entre eux !

(Elias Canetti, Le territoire de l'Homme)

On peut vivre sans psychiatre, je veux dire : une société peut vivre sans psychiatre ; d'ailleurs, même si la psychiatrie a été l'une des premières spécialités médicales, elle est relativement récente en Occident, depuis Pinel et quelques autres. La question est de savoir si elle est historiquement pertinente par rapport à d'autres manières d'approcher la souffrance : la magie, la religion, la guerre, le social.

Je prends un exemple qui m'avait beaucoup frappé, il y a une dizaine d'années. Je me trouvais à Lille, pour une journée avec les psychiatres italiens de Trieste. Il y était notamment relaté la pratique d'un mécanicien d'un pays de l'Afrique de l'Ouest qui avait reçu le prix Franco Basaglia. Cet homme avait construit un village pour les fous exclus et errants dans sa région, et il avait obtenu d'excellents résultats à l'intérieur de l'asile qu'il avait créé. Sa théorie de la pratique était la suivante : *« tous les hommes sont des fils de Dieu, mes frères, et je leur dois le respect »*. Il est vrai qu'en cette matière, le respect fait des miracles ; mais j'avais souligné, dans la clôture qui m'avait été demandée de cette journée, le fait que cet homme, qui faisait des choses exceptionnelles avec les fous maltraités, n'était pas un « psychiatre » : non parce qu'il n'avait pas le diplôme, mais parce qu'il manquait d'une théorie de la vie psychique. Le patron administratif de la psychiatrie de Trieste en avait été offusqué et s'était levé pour manifester une forte désapprobation de mes propos, car je crois qu'à Trieste la pratique comme machine à désaliéner prime sur toute théorie explicite considérée comme une idéologie. Le mécano aurait pu avoir besoin d'un psychiatre s'il s'était senti dépassé dans ses compétences d'accueil, par suite de phénomènes individuels ou intersubjectifs qui l'auraient dérangé et qui auraient dû recevoir la qualification au moins implicite de psychiques. Par contre, s'il a reçu de l'OMS des médicaments psychotropes gratuits, suite à l'obtention de son prix, il s'agit de médicalisation, pas de psychiatrie. En ce qui me concerne, je crois que c'est la rencontre d'une pratique et d'une théorie du *psychisme* qui fait le psychiatre, et je dirais, le psy en général.

Quelle est la place du socius dans ce cadre pratique-théorie qu'est la psychiatrie ? C'est la question que pose avec acuité la précarité psychosociale qui caractérise le temps où nous vivons, et c'est la question que m'a posée Christian Laval. Certes, le fait que je me sois activement intéressé au contexte social depuis 1993 pourrait faire penser que ma réponse sera biaisée puisqu'en quelque sorte la précarité est devenue pour moi une spécialité ; mais cela n'est pas tout à fait exact, car le contexte est resté le contexte, fut-il d'une puissance majeure. J'ai toujours tenté de préserver le cadre et d'amener une contribution en ma qualité de psychiatre, à notre époque et en tout premier lieu à ceux qui travaillent au sein d'une relation d'aide professionnelle, afin qu'ils sachent où ils habitent et en quoi le contexte social modifie leur pratique pour qu'elle soit pertinente et, si possible, efficace.

Tout a commencé, pour moi, par l'époque de la souffrance, et d'abord par la reconnaissance du fait que *« les gens ne souffrent plus comme avant »*[1] : bénéficiaires du RMI, chômeurs de longue durée, jeunes azymutés des quartiers dits sensibles, et quelques autres. Tous ces gens souffraient d'un malaise évident, d'une souffrance psychique pouvant être qualifiée par la très freudienne notion de *souffrance psychique d'origine sociale*[2] ; ce qui empêchait autant la réinsertion qu'un traitement approprié. Cela provoquait chez les praticiens un malaise professionnel fait d'impuissance et de découragement, avec l'impression que ni les choses, ni les personnes, n'étaient à leur place.

1. *Cette parole d'une infirmière, Jacqueline Picard, en 1993, a amorcé tout le processus de création de l'Orspere.*

2. *In « malaise dans la civilisation ».*

Ce malaise partagé a constitué le carburant de la formation des réseaux. A la fin du colloque du Vinatier de 1994 sur le thème « *déqualification sociale, devoirs et limites de la psychiatrie de secteur* », je me suis écrié, à la fin de la rencontre : « *je suis brisé* » ! Il s'agissait d'une brisure efficace, la brisure d'un social emmuré dans le cadre muet des pratiques de cabinet ou de service public, la brisure de savoir que seul, on ne peut rien, le commencement d'un soulagement au prix d'un sentiment pénible. A ce moment-là, les processus sociaux du chômage, la violence sociale, ce que l'on appelle, à tord selon moi, la *société post-moderne*, mais aussi le capitalisme financier, de sinistre actualité, sont devenus des éléments signifiants à connaître pour aider une personne authentifiée comme « malade » ou/et en situation de précarité excessive.

Alors quelque chose en moi, du sein de ce malaise actif, s'est appuyé sur un refus, « *non, ce n'est pas possible de laisser aller les choses comme ça* ». Cette pensée du refus s'est transformée en une volonté affirmative, une simple idée au début : « *il faut étudier ; je vais étudier les nouvelles pathologies avec tous les autres qui sont en première ligne* ». Cette volonté a rendu possible la seconde époque que je préciserai plus loin. Le plus difficile résidait dans le fait que mes collègues croyaient que j'*avais abandonné la clinique*, ils voulaient dire la clinique uniquement individuelle, crime suprême contre la figure du psy d'avant la société précarisée. En revanche, j'ai beaucoup progressé grâce au compagnonnage avec un sociologue issu du travail social, Christian Laval (et ses collègues), pour constituer avec lui le couple fondateur (de l'Orspere) grâce auquel la certitude d'avoir raison dans ma discipline ne fut plus possible sans contestation épistémologique ni vigueur d'un questionnement réciproque. En matière de précarité humaine, il convient d'accepter d'être dérangé.

Le plus fascinant était la réorganisation par paliers de la pensée. Je me souviens d'un jour où vint me voir Claude Bouchet [3] que j'avais rencontré aux conférences régionales de santé, et qui me dit en souriant : « *je ne te quitterai pas que tu ne m'ais dit ce que tu as compris* ». Et je me suis vu penser, élaborer, et lui décrire ex abrupto, en deux heures, les quatre phases psychodynamiques [4] allant de la bonne santé mentale en société précaire, celle qui aide à vivre, jusqu'à la plus térébrante que j'ai appelée, à partir de 1999, *le syndrome d'auto-exclusion*. Le plus surprenant était que cette néoclassification me rappelait quelque chose ; je suis allé relire sur le champ un texte de Christian Laval où il déroulait les quatre phases de la désaffiliation selon Robert Castel… Ma pensée s'était donc subconsciemment étayée sur celle d'un sociologue pour penser en tant que psy le même objet…, mais il avait fallu une question pour l'organiser en tant que telle, et pour que, sans peur du vide, je m'y lance. Faire confiance à la fluidité pertinente de la pensée nous a, par la suite, permis de produire la revue Rhizome sur des thèmes que nous ne connaissions pas, mis à part le fait qu'ils insistaient ; mais là, j'anticipe.

S. Raousset

3. *Ex Directeur du CRAES CRIPS.*

4. *Cf. article de J.Furtos, Epistémologie de la clinique psychosociale (la scène sociale et la place des psys), Pratiques en santé mentale, N°1, 2000.*

Ce fut en tous les cas une période féconde de ma vie professionnelle, même s'il fallait en passer par la clinique psychosociale, celle où la souffrance apparaît sur les lieux du social et ne frappe que secondairement à la porte des psys. J'avais l'impression de découvrir des pays nouveaux où le cloisonnement professionnel nous empêchait habituellement de nous aventurer. Chemin faisant, le malaise, en réalité souffrance inassumable d'autrui à porter autant que difficulté éthique et professionnelle, devenait sens à partager, à investiger, âme de la pratique.

C'est ainsi qu'a commencé une seconde période d'étude à partir du malaise des professionnels impliqués dans la santé mentale

Puisque la souffrance partagée donnait du sens à l'intersubjectivité, du poids à la pensée et de la force à l'action, il fallait continuer de l'explorer, mais non sans une structure d'accueil. La création officielle de l'Orspere, en 1996 permit un travail intense et productif. A partir de ce moment, je m'en rends compte en l'écrivant, il y a une forme de condensation entre mon histoire de psychiatre que je raconte ici, et la structure Orspere, c'est-à-dire entre un sujet, un collectif et sa reconnaissance sociale. Un psychiatre isolé, c'est comme le bébé de Winnicot, cela n'existe pas.

Il a fallu le soutien légitimant de l'Etat : Xavier Emmanuelli, alors au gouvernement, la Préfecture de région Rhône-Alpes, la DRASS Rhône-Alpes, puis la DGAS en 1999, rejoint par le DGS [5] en 2002, pour que l'Orspere devienne national (Onsmp). Il a aussi fallu qu'un directeur général du Centre Hospitalier le Vinatier, Jean-Paul Ségade, prenne le risque de mettre l'intelligence de l'administration au service d'une structure innovante, selon le jargon consenti.

Cette époque a abouti à la création d'un réseau pluridisciplinaire national (journées nationales de recherches cliniques de l'Arbresle), à la fondation de la revue Rhizome, très diffusée, véritable *cerveau collectif* d'un univers humain clinique et sociétal en transformation, et à la mise en œuvre de recherches-action qui ont produit un savoir transmissible à partir du malaise productif des intervenants de première ligne de la clinique psychosociale : travailleurs sociaux, soignants, psys, médecins du travail, maires, bailleurs, PJJ, etc.

La structure se complétait de Claudine Bassini, chargée de mission, de Valérie Battache, secrétaire, et de Valérie Colin, docteur en psychologie, pour les recherches ; de même, Jallil Lahlou, Samira Richer et aujourd'hui Nicolas Méryglod concouraient au travail en tant que psychiatres, assistants des hôpitaux. Ce noyau de 6 personnes est au service de plusieurs cercles concentriques : le Conseil scientifique, présidé par Stéphane Paul, les chercheurs associés, les réseaux de convergence et d'affinité, le comité de rédaction de Rhizome, le lectorat de la revue, au total plus de 30.000 personnes.

S. Deteuil

Cette époque s'est close par un congrès international en 2004, où la notion d'une nouvelle définition de la santé mentale en actes[6] s'est proposée à travers des milieux et des pays hétérogènes. On voit encore une fois comment le malaise, dans les bons cas… se transforme en force collective où chacun se sent mieux à sa place, même dans un monde hyperfluide, déstabilisant si l'on n'a pas un diagnostic correct du contexte et de ses effets psychiques ; le refus de l'intolérable préludant à l'affirmation d'une volonté de savoir et d'agir.

5. *La DGAS (Direction Générale de l'Action Sociale) et la DGS (Direction Générale de la Santé) soutiennent l'ONSMP*

6. *« Une santé mentale suffisamment bonne peut être définie comme la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité mais non pas sans révolte », in Furtos J., Laval C., (Sous la dir.de) La santé mentale en actes, de la clinique au politique, Eres, 2005, page 32*

La troisième époque a consisté en un retour au métier

Ce fut comme une divine surprise : un long, périlleux et passionnant détour par la clinique psychosociale a abouti à la définition d'un champ de santé mentale où la psychiatrie n'est qu'un des éléments clefs du champ et m'a paradoxalement donné des « biscuits théoriques » pour revenir auprès de mes pairs en les aidant à reconnaître des diagnostics ignorés, et donc des conduites à tenir plus adaptées. Cela ne concerne pas les collègues engagés depuis longtemps, avant nous pour certains, dans des pratiques auprès des personnes les plus précaires, comme Jean Maisondieu, Jean-Pierre Martin, Sylvie Zucca, et aussi certains psychanalystes qui ont étudié les cliniques de l'extrême et du lien social : René Roussillon, Alain Ferrand, Bernard Duez, certains courants de l'Ecole de la Cause Freudienne (CPCT[7]).

Les « biscuits » dont je parle sont entre autres ceux-ci : les effets psychiques de la mauvaise précarité (car il y a une bonne précarité, celle de la vulnérabilité humaine ordinaire), ont pour horizon ultime *l'horreur traumatique du sentiment de ne plus appartenir à la communauté des humains*, l'exclusion. Cet horizon est capable de générer chez les personnes un syndrome d'auto-exclusion, facilement réversible dans certains cas, qui ressemble comme un frère aux signes déficitaires de la schizophrénie (je ne parle pas ici des variantes). On comprend qu'il est capital de ne pas confondre, car il peut y avoir auto-exclusion autant chez des non schizophrènes que chez des schizophrènes, dont tous les signes ne viennent pas de la maladie : on peut être malade et subir les effets de l'exclusion, et on peut vivre les effets psychiques de l'exclusion sans psychopathologie classique, mais non sans effets psychodynamiques[8].

Ce qui m'amène à revenir au mécanicien dont je parlais au commencement : il utilisait le respect, non pas le traitement mais l'antidote de l'exclusion, et son message pouvait être formulé ainsi : *tu fais partie du même monde que moi en tant que fils de Dieu, et je te respecte en tant que tel*. Or, il en est de même pour le syndrome d'autoexclusion : avec ou sans Dieu, on peut parler de fraternité humaine qui en appelle à la justice. Evidemment, on objectera à juste raison qu'il n'y a pas besoin d'être psy pour respecter l'humain… Sauf que nous avons décrit la structure paradoxale de ce syndrome : *de désespoir, je sors de moi-même pour rester vivant, je m'empêche de vivre et de souffrir avec autrui, pour rester vivant*. Ce faisant, le sujet reste effectivement vivant, mais à l'envers, ce qui mérite d'être reconnu comme tel dans tous les signes par lesquels il se manifeste… en disparaissant [9], ou en réapparaissant de manière paroxystique ; cela n'est pas simple à accepter, d'autant que la souffrance inassumée se transmet comme malaise chez celui qui aide et favorise un surcroît de rejet et/ou de rétorsion, l'aidant se protégeant ainsi comme il peut. *Par conséquent, le respect, toujours nécessaire, ne va pas de soi, loin s'en faut.* Il se conquiert, il s'apprend, et pas seulement comme un savoir, bien que le savoir puisse aider.

Au fil du temps, les études psychosociales à partir des terrains ont débordé le cadre du métier du côté d'une anthropologie assez directement branchée sur l'économique et le politique, ce qui nécessite quelques remarques.

Qu'est-ce que la précarité, au juste ? Dans sa version ordinaire, c'est avoir besoin des autres pour vivre. Le bébé, plus qu'aucun autre âge de la vie, est éminemment précaire ; répondre convenablement à ses détresses crée une *triple confiance*[10] : en lui-même, en autrui, en l'avenir. En dehors des catastrophes collectives, la psychopathologie est constituée par les avatars de cette précarité ordinaire, intrafamiliale et micro contextuelle. Mais lorsqu'une société se construit sur une mauvaise précarité, lorsque l'incertitude des principes comme des étayages macrosociaux devient la norme, elle produit au contraire une triple perte de confiance : en soi-même, d'où les troubles dits du narcissisme, avec une méfiance en autrui, d'où un isolement généralisé et une paranoïa sociale, et une méfiance en l'avenir, d'où le sentiment collectif de la décadence, forme de mélancolie sociale. L'étude précise des pathologies de la précarité, en France et ailleurs, montre que la perte de confiance est le socle vacillant des phénomènes individuels collecti-

7. *Centre Psychanalytique de Consultations et de Traitement destiné aux personnes précaires.*

8. *Sur ces différences, cf. le chapitre sur l'auto-exclusion in Furtos.J., Les cliniques de la précarité, Masson, 2008, pp. 118-133.*

9. *Sur ces aspects psychodynamiques, cf. opus cité note 5.*

10. *Pour approfondir ces notions, lire le chapitre L'apparition du sujet sur la scène sociale et sa fragilité : la précarité de la confiance, in Furtos.J., Les cliniques de la précarité, Masson, 2008, pp. 11-22.*

vement constatés sur un grand nombre, et pas seulement sur les plus démunis. A contrario, la confiance autour de repères partagés construit le narcissisme individuel et groupal.
Ainsi, les médecins du travail, dans la mouvance de Christophe Desjours et de Philippe Davezies, ont-ils décrit des pathologies, du stress au travail jusqu'au harcèlement moral, qui sont résolument de l'ordre de la mauvaise précarité.
Ainsi, chose inouïe, inattendue en tous cas, la crise financière actuelle révèle-t-elle une perte de confiance contagieuse et massive : le symptôme, d'abord décrit chez les plus démunis, puis dans les classes moyennes…, s'est déployé chez les décideurs financiers et économiques. Travailler sur les marges avec les plus précaires, c'est travailler sur le centre, bien que celui-ci n'en veuille rien savoir. La marge et le centre ont partie liée mais clivée.

Quel avenir ?

Que vont devenir les pathologies de la précarité dans les années qui viennent ? Bien malin qui pourrait le prédire. On peut supposer que le conflit constitutif de l'époque, à savoir l'incompatibilité logique entre les droits de l'homme, vendus au monde entier, et la loi de la jungle du capitalisme financier, qui prévalait jusqu'à présent en déniant les droits de l'homme perversement bafoués, va recevoir une nouvelle configuration, et donc produire des effets psychiques et sociaux remaniés. Emportés dans le mouvement mondial des flux d'argent, des biens et des individus, sans égard ni respect réel pour la vie concrète des gens, les droits de l'homme risquent d'être discrédités et d'appeler leur contraire.

Je me refuse pourtant à prophétiser le malheur, car l'avenir nous est inconnu : non pas les processus à l'œuvre, partiellement visibles, mais la manière dont le conflit logique va évoluer.
Cela dépend de trois facteurs intriqués, *du point de vue de ce texte* :

- de la capacité de révolte, c'est-à-dire la capacité de dire non à tout ce qui attaque le sentiment d'appartenance à la commune humanité. A cet égard, il convient de ne pas valider une habitude croissante de psychologisation des problèmes, qui contribue à l'atomisation de l'individu en le coupant de sa groupalité. Si *l'un des effets des droits de l'homme réside dans l'individualisation et la subjectivation des problèmes, d'où la légitimation des psys, il est vital de savoir que la prise en compte des effets psychiques préserve la complexité tandis que la psychologisation la réduit.*

- de la difficile ascèse des politiques et des décideurs qui devraient s'abstenir de valider la paranoïa, la mélancolie, et l'isolement collectif qui sont les effets de la perte de confiance.

- de l'action de tous ceux qui œuvrent dans le champ élargi de la santé mentale ; leur rôle est de transmettre ce qu'ils observent sur les différents terrains, et, par leur travail, de permettre aux personnes soumises à des processus pathogènes, quels qu'ils soient, de garder le goût de vivre, que celui-ci soit agréable ou désagréable.
Le pire est l'anesthésie.