

## Bulletin national santé mentale et précarité

### Territoires : limites et franchissements

édito

Jean FURTOS

Ce numéro intéresse ceux qui se posent la question du rapport entre le politique, les subjectivités et le territoire.

Le territoire est un espace structuré, d'essence politique, *doté de sens*, qui autorise une *sociabilité active*. Il est porté par un imaginaire historique : la révolution, la résistance, une mission valorisée. Mais l'imaginaire dynamique doit toujours se remettre au travail, en particulier à l'aide de situations non normatives : quel est le point fixe d'une communauté gitan ? Que signifie aller au centre ville pour des jeunes de banlieue ? Que représente un "placement" pour un enfant, un adolescent ? Quel est l'investissement du territoire pour un patient psychotique, pour un homme ou une femme de la rue, toute question qui interroge sur les espaces psychiques ?

Et puis le rapport lancinant au "territoire de santé pertinent", posé du dehors au secteur de psychiatrie : ne serait-il pas devenu "trop petit", autant pour la gestion de la pénurie que pour des raisons techniques ? On sera peut-être surpris de lire quelques rappels "élémentaires" oubliés : *des hommes avant des pierres, pas seulement des actes mais du temps, le nous avant le on, un rêve de fraternité*. On croit rêver ! Ne pourrait-on parler plus sérieusement ? Il faut, à l'évidence des pierres et des budgets.

Pourtant, on ne peut continuer d'avoir une vision de l'avenir, c'est-à-dire de le rêver, avec un programme gestionnaire exclusif qui ne permet même plus le cauchemar : simplement un aplatissement du projet, de l'amertume, un désengagement de survie appelé "individualisme", qui touche aussi les soignants et autres aidants. Pour autant, on trouve des idées intéressantes parce que chargées de sens, en particulier sur la non superposition des territoires de psychiatrie et de santé mentale. Pourrait-on imaginer, demande P. Chaltiel, de *réparer le péché originel de la psychiatrie publique*, à savoir la séparation de la psychiatrie "général" et de la psychiatrie infanto-juvénile ? Il faudrait conserver des territoires permettant un travail de proximité (secteurs de psychiatrie) qui seraient regroupés en territoires plus vastes (de santé mentale) pour dépasser la surspécialité de la psychiatrie en de véritables réseaux de prévention, de soin et de réhabilitation sociale. Cette idée simple et logique peut-elle être au moins considérée ?

Restent deux questions difficiles :

- Comment penser la pertinence pragmatique de politiques de plus en plus locales, alors que l'échelle des problèmes est de plus en plus globale ?
- Dès qu'il s'agit d'idées de changement, en particulier de changement de territoires, comment ne pas fonctionner selon la loi du tout ou rien, comment ne pas faire comme les patients psychotiques : *investir le monde extérieur comme une partie de soi ou ne pas l'investir du tout ?*

#### DOSSIER

**Espaces humains : limites et franchissements** *Michel Lussault* p. 2-7

**Deux modèles d'action des politiques publiques dans le secteur social** *Olivier Chavanon* p. 3

**Les espaces de la pensée. Réflexion sur la notion de placement** *Olivier Moyano* p. 4

**L'investissement psychotique concernant le lieu et l'espace** *Marcel Sassolas* p. 5

**Les Gens du Voyage et les gadgés.** De la place « désignée » à la place dans la cité *Christine Tellier* p. 6-7

**Espaces habités et territoires psychiques enfouis** *Valérie Colin* p. 8-13

**Les territoires urbains de la jeunesse** *Jean-Marc Berthet* p. 9

**Quand la psychiatrie est un modèle...** *Emmanuel Vigneron* p. 10-11

**Territoire de secteur et territoire de santé mentale sont-ils superposables ?** *Patrick Chaltiel* p. 12-13

**Du centre aux trajets** *Eric Julliard* p. 14

#### SUR LE TERRAIN DES PRATIQUES

**Une expérience de travail pluridisciplinaire à l'échelle ville** *Pilar Arcella-Giroux* p. 15

**ACTUALITES** p. 16

**Inclus le programme du Congrès International organisé par l'ORSPERE-ONSPM**

## Au sommaire

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



# Espaces humains : limites et franchissements

Michel LUSSAULT

Géographe,  
Professeur à l'Université  
de Tours

Je propose d'aborder le territoire, qui est une notion-cléf, et très débattue, du savoir géographique contemporain en l'intégrant dans une famille plus large, celle de l'aire. Tout d'abord l'aire n'est pas un lieu, bien que l'une et l'autre participent de la même métrique topographique. Mais, l'aire est toujours un espace d'une plus grande échelle relative que le lieu (dans une société donnée) et ce même si elle peut être de taille fort variée. De surcroît, elle se compose de l'assemblage délimité de plusieurs autres espaces autonomes et indivis.

L'aire est donc plus grande que le lieu et divisible. Par ailleurs, l'aire entretient une relation de contrariété avec le réseau. Relation qu'on peut identifier empiriquement à partir de l'opposition continuité/discontinuité. L'aire renvoie à la continuité et à la contiguïté : c'est donc un espace de métrique topographique qui associe sans rupture des espaces contigus, soit des lieux, soit d'autres aires. Le réseau, quant à lui, est un espace caractérisé par la discontinuité et la connexité. Il importe de ne pas laisser penser que le lieu, le territoire, le réseau constitueraient de mêmes espèces d'espaces. Si tous ces mots désignent des espaces, il n'en reste pas moins que chacun dénote une espèce spécifique, qui potentialise des spatialités (i.e. des usages humains de la ressource spatiale) spécifiques.

L'aire se signale aussi par l'existence de limites, comme le lieu. L'aire forme un tout limité et cette limitation est constitutive de cet espace, alors que le réseau, quant à lui forme un tout illimité, ce qui s'avère une différence fondamentale. Il existe, bien sûr, différents types de limites : limites fermées, qui définissent un isolat (un rempart, une frontière imperméable, mais aussi aujourd'hui celles, immatérielles, imposées par les systèmes de télésurveillance et de télé-sécurité) ; limites ouvertes conti-

nues (une frontière dans un espace de liberté de circulation) ; limites ouvertes floues (l'espace de transition, non matérialisé mais souvent intériorisé par les acteurs, qui sépare deux aires, ou, plus généralement, deux entités spatiales différentes). Toute géographie doit s'intéresser aux limites et à leurs franchissements, en tant que celles-là comme ceux-ci sont créateurs de configurations spatiales et de spatialités, qui ne comptent pas peu dans la différenciation des espaces humains. On comprend donc ici que le géographe, soucieux de saisir les aires (et, en particulier les territoires), mais aussi, au demeurant, les lieux, s'attachera à identifier les opérateurs, les opérations et les marqueurs (matériels ou non) des découpages et des limitations, opérations qui induisent toujours des jeux avec la distance. Parmi les opérateurs en question, il y a bien sûr les géographes eux-mêmes.

Le territoire constitue un idéal type de l'aire. Il est un espace structuré par les principes de contiguïté et de continuité. Celles-ci dépendent sans doute moins du seul aspect matériel des espaces – car ne peut-on trouver de la contiguïté et de la continuité partout, même si certaines formes la signifient mieux que d'autres, et que des murs la brisent efficacement – que des systèmes idéels qui encadrent l'espace en question, ainsi que des pratiques afférentes qui s'y déploient. Un territoire s'impose alors comme une aire délimitée affectée d'une idéologie territoriale qui attribue à une portion d'espace un statut de territoire, donc d'étendue continue et scandée par des pôles – et valorisée comme telle –, où chaque individu qui s'y trouve inclus peut éprouver et qualifier la contiguïté, la scansion, la délimitation et la valeur, la congruence de tous les composants dans un même agencement cohérent, doté de sens. Cette idéologie ter-

ritoriale peut émaner d'une société – locale, nationale, etc – d'un groupe étendu ou restreint, d'un individu isolé, qui ferait d'une aire quelconque son territoire. On atteint cependant, dans ce dernier cas, les limites de la notion, car un territoire, comme un lieu, suppose une socialité active tant dans la définition que dans le partage de la configuration territoriale. Le territoire (que je conçois ici en référence avec la matrice que constitue le territoire politique plus qu'avec celle que peut constituer pour certains auteurs le territoire éthologique) suppose et cette idéologie et les modes d'affirmation de sa légitimité et les instances qui assurent la régulation de ce type d'espace et de son idéologie spatiale. On en trouve le modèle du côté des aires structurées et contrôlées par des instances politiques. Il me semble avéré que les acteurs politiques sont souvent « territoriaux ». Ils recherchent et valorisent la continuité spatiale, que leur territoire de référence soit local, régional, national.

Tous mes travaux m'ont confronté à l'idéologie dominante (au moins au sein de l'univers culturel européen) de l'indispensable continuum du « tissu territorial ». En France, tout particulièrement, elle s'accompagne en général de la métaphore de la nécessaire couture du tissu en question, dont la « déchirure » fait scandale en tant qu'elle manifesterait une « fracture sociale ». Il y a là une puissante représentation territoriale en actes, utilisée sans cesse par les acteurs politiques pour faire « tenir ensemble » les différents composants de leur espace d'action, pour lier solidement entre elles des unités discrètes – des lieux, des aires –, et par ce faire contribuer à produire la continuité nécessaire à l'existence du territoire légitime. Celui-là même de leur intervention et qui fonde la scène politique territoriale où interagissent

## Bibliographie

Jacques Lévy, Michel Lussault,  
*Dictionnaire de la géographie  
et de l'espace des sociétés*,  
Paris, Belin, 2003



# Deux modèles d'action des politiques publiques dans le secteur social

**Olivier CHAVANON**

Docteur en sociologie et sciences sociales, Maître de Conférences à l'Université de Chambéry, Chercheur associé au C.E.R.A.T. (Unité Mixte de Recherche 5606 du C.N.R.S.)

A partir des années 80, de nouvelles problématiques et de nouveaux modes de faire ont contribué à recomposer le paysage des politiques publiques menées en direction des populations les plus fragiles. Sans doute faut-il commencer par insister sur la métamorphose générale des catégories de réflexion qui orientent les politiques publiques.



## La nécessaire intervention de l'Etat au sommet administratif

Au risque sinon de caricaturer la réalité, du moins de la simplifier un peu pour les besoins du propos, il nous semble en effet important de rappeler que jusque dans les années 60-70, la représentation de la question sociale se fondait en grande partie sur la réduction des inégalités et sur l'idée d'une nécessaire intervention de l'Etat, au sommet administratif, en vue d'amoindrir ou d'atténuer les conséquences de certaines formes de rapports de forces sociaux, d'aliénations. Dans une large mesure, l'analyse des situations de pauvreté ou de relégation se faisait encore en termes de reproduction par les structures sociales (école, entreprise, famille...), la société tout entière étant perçue comme un espace de conflit organisé autour du travail. Par ailleurs, les destins indi-

viduels, les trajectoires de chacun étaient surtout appréciés en fonction des groupes d'appartenance. Aussi l'Etat procédait-il à de grands arbitrages économiques plus qu'il ne délivrait des satisfactions fragmentaires à des catégories particulières de populations. Or ce schéma a considérablement changé.

## Un dimensionnement de plus en plus local de l'action publique

On assiste à un dimensionnement de plus en plus local de l'action publique, caractérisée à la fois par une construction par le bas (logique de l'appel à projet) et par une injonction au partenariat comme norme d'intervention (entre les acteurs locaux, publics et privés, qui coproduisent les politiques). Or l'affirmation du pouvoir des collectivités locales se traduit généralement par un affaiblissement de la position de l'Etat. Une observation sous différents angles (politique de la ville, insertion par l'activité économique, politiques de la jeunesse) laisse en effet apparaître que l'Etat adopte plutôt désormais des positions « en creux », c'est à dire liées aux orientations voulues par les collectivités locales plutôt qu'il ne cherche à imposer, à piloter, voire même seulement à impulser.

L'augmentation constante des situations de précarité a fait croître le nombre d'individus potentiellement bénéficiaires, directement ou indirectement, de dispositifs d'aide ou d'assistance. Il a fallu construire une catégorie à la fois extensible et transversale pour désigner ces nouveaux bénéficiaires de façon unique, en dépit de l'hétérogénéité des cas : *publics en difficulté*. Expression qui se double comme on le sait d'une kyrielle de superlatifs selon les dispositifs considérés et les populations visées : *publics en grande difficulté*, *publics en grande marginalité*, *grande errance*...

Derrière ces dénominations englobantes, l'évolution récente est surtout caractérisée par une individualisation des risques et par le recul de l'aspect collectif de la prise en charge au profit d'un ciblage sur la personne. L'utilisateur est dorénavant partie prenante du dispositif dont il est au départ l'objet. Il doit jouer le jeu et accepter d'être porteur de ce qui va lui arriver. La responsabilisation est aujourd'hui requise de la part des bénéficiaires d'aides sociales, ceci sur fond de débat autour de la nécessité d'imposer une contrepartie au bénéfice des prestations versées (cf. la philosophie du P.A.R.E.\* ou du R.M.A.\*\*). C'est en quelque sorte une vision méritocratique du social qui s'impose à travers ce changement. L'individu est de plus en plus tenu pour responsable de sa trajectoire sociale et comptable de sa réussite ou de ses échecs. L'omniprésence des psychologues dans beaucoup de dispositifs actuels confirme bien là la prégnance des interprétations dans lesquelles le sujet (rationnel) est désormais placé au centre de l'analyse, et ce au détriment des mécanismes socio-économiques pourtant à l'origine de la plupart des dysfonctionnements.[...]

On peut d'ailleurs s'interroger sur la pertinence de l'approche locale des problèmes à l'heure où beaucoup d'entre eux trouvent leur origine précisément dans des mécanismes qui ne sont pas territorialisés, ou du moins pas à la même échelle. Peut-on et doit-on par exemple réfléchir localement une politique d'insertion menée en direction des chômeurs de longue durée lorsque l'on sait que la désindustrialisation est liée, aussi, aux écarts internationaux entre les coûts de main d'œuvre ?

C'est alors que nous sommes de plus en plus corsetés par des contraintes qui débordent les frontières que nous cherchons les solutions au plus près... ■

\*PARE : Plan d'Aide au Retour à l'Emploi

\*\*RMA : Revenu Minimum d'Activité

# Les espaces de la pensée.

## Réflexion sur la notion de placement

L'enfant, en se construisant, perfectionne sa représentation du monde et la manière dont cette représentation évolue. La pensée sur l'espace n'échappe pas à la règle. En effet, l'espace, qui n'est pas une donnée en soi, doit se constituer au cours du développement du sujet. Freud s'était penché sur cette question que l'on pourrait formuler aujourd'hui comme : comment penser l'espace de la pensée et la pensée sur l'espace ?

**Olivier MOYANO**

Psychologue,  
Docteur en  
Psychopathologie et  
Psychologie Clinique  
C.A.E. de Mérignac  
(Protection Judiciaire de  
la Jeunesse Gironde)

L'espace existe dans la théorie freudienne comme en témoigne le terme même de *topique* qui place d'emblée l'espace au cœur de la théorie psychanalytique. La notion de spatialité comme objet de la pensée découle de la spatialité propre de l'appareil psychique : « Il se peut que la spatialité soit la projection de l'extension de l'appareil psychique. Aucune autre dérivation vraisemblable. Au lieu des conditions *a priori* de l'appareil psychique selon Kant. Psyché est étendue, n'en sait rien.<sup>1</sup> » griffonne Freud dans une note en 1938. On retrouvera une dernière fois cette question dans une correspondance avec Marie Bonaparte. « La psychanalyse nous a appris en effet que la psyché est composée d'instances séparées que nous sommes obligés de représenter comme existant dans l'espace. On pourrait dire que cela est dû à notre introjection de l'espace extérieur. Mais pourquoi pas l'inverse ? Quand notre conscience commence à s'instaurer, elle percevrait, comme localisées dans l'espace, ces instances internes [...] Nous devrions donc projeter au-dehors cet acte interne de cognition, de sorte que l'espace inhérent au monde extérieur aurait son origine dans une projection de notre espace interne<sup>2</sup> ».

La perception de l'espace trouve son origine pour Freud dans la capacité du psychisme à se représenter sa propre configuration spatiale, pour créer ensuite un mode général d'appréhension du

monde externe. Ainsi Freud décrit-là ce qui pourrait alors être posé comme un paradigme : *L'espace existe au dehors parce qu'il existe de l'espace en nous.*

En même temps que l'enfant structure et organise l'espace de sa pensée, il apprend à conceptualiser ce qui, en lui et au dehors, constitue son espace de vie : les repères corporels (devant, derrière, haut, bas, gauche, droite, etc...), l'espace de la famille, l'espace de sa chambre, de sa maison, de son école, de son quartier, à l'infini... Toute sa vie est ainsi régie par la dynamique de ces différents espaces intimes qui coexistent en s'imbriquant, le tout constituant « son » espace propre : espace de la pensée, espace du corps, espace affectif et relationnel, espace social.

Pour illustrer cette réflexion, considérons par exemple la décision de placement pour un enfant. *Il ne s'agit pas d'autre chose que d'un mouvement de déplacement, de et dans tous ces différents types d'espace à la fois.* Le placement est d'abord un déplacement.

L'enfant placé doit se « déplacer » en transportant avec lui ses différents espaces intimes, dans de nouveaux lieux (foyer, famille d'accueil, lieu de vie, nouvelle école, ...) qui sont au départ des espaces étrangers. Le placement constitue à chaque fois pour celui qui le vit un « risque de l'étranger » qui peut être plus ou moins bien vécu. Dans le placement, l'enfant doit apprendre à négocier cette étrangeté pour se l'approprier, tout en projetant ses repères internes dans les nouveaux espaces d'accueil. C'est un travail psychique considérable, qui a sans doute à voir avec le travail de deuil et qui nécessite une grande souplesse psychologique. Cela passe fréquemment par une action sur ce nouvel espace : le fait de recouvrir, pour de vrai, les murs de sa nouvelle chambre, cette dernière constituant l'espace étranger que l'enfant s'approprie en premier dans

la plupart des cas. En tapissant cet espace fermé autour de son lit – ce qui veut dire autour de son sommeil (moment de grande vulnérabilité) – d'images, de posters, de représentations humaines sécurisantes (photos de famille, idoles), l'enfant projette à l'extérieur une partie de sa "peau interne", des bouts de lui et de son histoire, créant une atmosphère qui va ceinturer la nouvelle intimité ainsi créée, comme une enveloppe sécurisante. C'est une véritable projection de son espace intime dans la réalité de son placement, et le signe de sa réalisation est de bon pronostic pour l'adaptation de l'enfant à son milieu. On doit ainsi toujours favoriser cette projection qui est la condition sine qua non d'une bonne appropriation des nouveaux espaces à investir. L'enfant peut apprendre ainsi à négocier la perte de ses anciens espaces intimes pour se familiariser avec les nouveaux imposés : du plus profond de son moi au plus loin que ses yeux puissent voir, tout va changer. Il joue, à chaque placement, sa propre Odyssée de l'espace.

On pourrait alors réfléchir à la déstabilisation psychique qu'induit chez l'enfant la séparation lors d'un placement. Séparation de ses proches, bien sûr, mais aussi des innombrables espaces de vie dans lesquels il a appris à être sujet. L'angoisse d'abandon concerne non seulement la perte des objets aimés, mais aussi la perte de son espace propre et intime, son espace familial, un espace qui constituait jusque-là la matrice qui organisait son appréhension du monde. La perte de soi-même (dépersonnalisation) est souvent concomitante à la perte de l'autre ; dépersonnalisation, déréalisation, sont des pathologies éminemment spatiales que l'on peut rencontrer chez les sujets fréquemment placés : ils souffrent de *l'exil de leur espace intime*, un exil né de l'impossibilité à stabiliser les espaces étrangers auxquels ils sont trop souvent confrontés. ■

### Bibliographie

<sup>1</sup> Freud S. (1938 b) *Résultats, idées, problèmes, Résultats, idées, problèmes, T.II*, (note 22.VIII) Paris, PUF, 1985, p. 288.

<sup>2</sup> Freud cité par Bonaparte M. "Time and the unconscious", *Intern. J. Psa*, XXI, p. 466.

# L'investissement psychotique concernant le lieu et l'espace

Lorsque nous proposons un territoire à investir à une personne fonctionnant sur un registre psychotique prévalent, elle va le faire à sa façon, qui n'est pas forcément la nôtre. Pour de telles personnes, le monde extérieur est investi comme une partie d'eux-mêmes - ou n'est pas investi du tout.

**Marcel SASSOLAS**

Psychiatre,  
Psychanalyste,  
Président de  
"Santé Mentale  
et Communautés",  
Villeurbanne

Evidemment dans ce monde extérieur il n'y a pas que des territoires, il y a des êtres humains, et c'est faire preuve d'une grande naïveté que d'imaginer que ceux-ci sont alors conçus comme des êtres distincts, dotés d'une existence propre : ils représentent, tout comme les lieux, un prolongement narcissique de celui qui les investit. Ainsi s'explique le côté tyrannique et épuisant de ce type d'investissement pour celui qui en est l'objet : toute insuffisance, tout manque (d'attention, d'amour, de considération), toute déception remet la relation en question et déclenche un mouvement de retrait ou de rage.

L'investissement psychotique d'un territoire de soin ou d'hébergement obéit à la loi du tout ou rien : ou bien ses caractéristiques permettent que je puisse l'investir comme une partie de moi, ou bien il m'est totalement hétérogène, par son identité, son fonctionnement, sa personnalité qui le rendent irréductiblement différent de moi. Dans ce dernier cas, je peux y passer des mois ou des années, y être physiquement présent longtemps sans y avoir jamais été psychiquement et affectivement présent. Ainsi s'explique que ce lieu de soin ou de résidence puisse devenir alors le lieu de la répétition et de la chronicité : il ne s'y passe psychiquement rien pour celui qui y vit, puisqu'il ne l'a pas investi psychiquement.

Dans l'autre cas - où j'ai pu l'investir narcissiquement comme une partie de moi-même - je vais mettre beaucoup de moi-même dans ce lieu, il va devenir le reflet

de ma propre vie affective, il sera l'objet de mes attaques ou de ma sollicitude au même titre que mon propre corps ou mon propre psychisme. Il est confondu avec moi, le plus souvent avec une image omnipotente et idéalisée de moi. Ainsi s'explique l'investissement très violent que les patients font de certaines structures de soin, celles dont le fonctionnement ne heurte pas de front leur omnipotence parce qu'elles leur apparaissent vulnérables, marginales, suffisamment différentes du modèle médical pour qu'ils puissent vivre avec l'illusion qu'elles ont besoin d'eux, qu'elles sont un peu comme eux. Elles permettent que cet investissement se fasse sur le registre de l'illusion créatrice, ce mouvement psychique décrit par Winnicott, qui amène le nourrisson à se vivre comme le créateur de la mère venue à la rencontre de ses besoins physiologiques et affectifs.

Comme les bons livres sont ceux qui permettent au lecteur d'en écrire la moitié, les territoires

investissables psychiquement par les patients psychotiques sont ceux dont le fonctionnement leur permet de vivre avec l'illusion qu'ils les ont créés, qu'ils font partie d'eux-mêmes. Alors, et alors seulement, peut commencer la longue et douloureuse histoire des désillusions, des souffrances et des plaisirs liés à la découverte que cet objet investi est en réalité distinct de soi. Alors peut commencer le soin psychique. Ceci suppose chez les soignants la capacité :

- d'accepter que ce territoire (où ils ont eux aussi beaucoup investi) leur échappe en partie, que l'usage qu'en font les patients ne soit pas toujours conforme à leur attente et à leur idéal professionnel.
- de supporter les affects d'inquiétude nés d'un tel positionnement. Ceux-ci sont le meilleur élément du soin, puisqu'ils apportent au patient la preuve que sa démarche maladroite vers l'autonomie psychique et sociale compte davantage pour nous que notre propre confort psychique. ■



# Les Gens du Voyage et les gadgé.

## De la place « désignée » à la place dans la cité

**Christine TELLIER**

Directrice d'association,  
Orléans

Le territoire se regarde de la plus petite unité (l'intimité) à la plus grande (la culture) : cette vision des choses, les Gens du Voyage nous l'imposent car c'est leur réalité et ils n'en connaissent aucune autre.

A mon premier tour de caravanes, Pauline qui avait bien connu le camp de Jargeau\*, la doyenne d'un groupe de gitans, s'approche et m'interpelle :

« Alors, c'est vous notre nouveau chef ?

- Votre chef, non, mais le chef du terrain, oui. »

En arrière plan, 4 à 5 hommes, me scrutaient. L'un d'eux croise mon regard et, ostensiblement, hoche lentement la tête de haut en bas.

Nos territoires de compétences s'en trouvaient ainsi définis, sans un mot.

Les pétitions des habitants du quartier arrivaient très régulièrement et en masse sur le bureau du Maire, réel défenseur de leur droit de cité, mais un peu dépourvu devant la constance des plaintes.

Un soir, je rencontre les plaignants grâce à l'association des habitants qui me racontent le plus insupportable : les enfants « posent culotte » dans les venelles qui mènent du terrain au centre commercial, c'est à dire devant leurs portes, leurs fenêtres, dans leurs jardins.

J'explique ce que je comprends des voyageurs et ce qui me semble l'un des moteurs principaux des relations Sédentaires / Gens du Voyage : les voyageurs ont autant peur des sédentaires que les sédentaires des voyageurs. Pourquoi ?

Parce que le plus souvent, c'est le sentiment subjectif de danger de perte du domaine vital, de violation du territoire de vie qui entraîne des réactions de forte agressivité, de peur et de rejet.

Caravane par caravane, je propose aux mamans l'image d'un petit sédentaire qui « pose culotte » devant la porte de leur

caravane. J'explique la peur des uns, la peur des autres, mais aussi la capacité des uns et des autres à vivre ensemble.

Arrêt des pétitions sur le bureau du Maire...

Aucun des aspects territoriaux des groupes d'humains qui se partagent un espace donné ne peut se dissocier des autres. C'est la qualité de la relation d'un individu ou d'un groupe avec son environnement qui lui donne le sentiment d'avoir ou de ne pas avoir une place dans une collectivité, et de surcroît d'y être à sa place.

### Quelle place ?

Il n'y a pas de « terre tsigane ». Comme pour tous les traits caractéristiques des Gens du Voyage, la fréquence des déplacements, la configuration des itinéraires, le choix des lieux de halte, tout cela varie dans le temps et d'une famille à l'autre, que ce soit pour faire viser ou renouveler son titre de circulation, régler des problèmes d'assurance de véhicule, participer aux regroupements religieux, respecter des défunts, éviter des conflits entre groupes, profiter des vacances scolaires, faire soigner un proche, se plier à l'intransigeance des collectivités locales, suivre les nécessités économiques, les saisons....

Beaucoup ne se déplacent qu'au sein d'un réseau familial, sauf grandes occasions. Je me souviens d'une famille qui ne voyageait qu'entre 3 terrains : Paris, Nice et Orléans, selon les saisons.

### Le mode d'occupation de l'espace peut, lui aussi être significativement marqué par la culture du groupe.

Les manouches considèrent le respect des morts comme l'intégrité de leur groupe. On ne passe pas dans un village où il y a une tombe familiale sans lui rendre visite, on ne séjourne plus dans le lieu où l'un des siens est décédé que ce soit un terrain d'accueil ou un terrain familial ;



ainsi une famille peut délaisser un terrain dont il est pourtant propriétaire, quitte à reprendre le stationnement sauvage aux alentours.

« La tombe est la figure du groupe familial [...]. La visibilité du groupe en territoire gadjo nécessite d'apporter des soins extrêmes aux tombes. »

« Les visites aux tombes sont comme les visites aux caravanes. Comme lorsqu'on s'arrête dans un campement et que l'on s'attarde avant tout chez ses parents, mais qu'il convient aussi de saluer tout le monde.

Lorsqu'on est en voyage ou en déplacement pour le loisir ou pour la chine, si l'on passe dans un bourg où l'on sait des parents enterrés, il faut s'arrêter les saluer, tout comme il faut s'arrêter quand on rencontre à l'improviste des caravanes sur la route. Cette exigence est si impérative et l'adhésion à la règle si totale que souvent, plutôt que de traverser un village ou une ville sans s'arrêter au cimetière, il peut préférer, quelle que soit l'urgence de ce qui les appelait d'un bout à l'autre du département, faire un détour pour l'éviter. Ce qui explique que le caveau de famille devient le point de référence dans le territoire. Leurs morts font que les manouches s'attachent à telle ou telle région ».

### Bibliographie

C. Tellier, *Diriger un centre d'accueil pour les Gens du Voyage : de la « place désignée » à la place dans la cité*, ENSP, 1995

\* « Camp d'internement situé à 20 kms d'Orléans. Le camp de Jargeau a fonctionné de mars 1941 à décembre 1945. 1720 personnes, dont 1190 nomades, y ont été internées, pour une durée allant de quelques jours à quatre ans. »

Extrait du livre *« Les camps d'internement du Loiret. Histoire et mémoire »*

Publication du CERCIL  
45000 ORLEANS  
(Centre de recherche et de documentation sur les camps d'internement et la déportation juive dans le Loiret)

## Les Gens du Voyage et les gadgé. De la place « désignée » à la place dans la cité (suite)

### Sur les terrains, l'occupation de l'espace n'est pas non plus aléatoire.

On se regroupe par familles, par profession, par affinité religieuse, mais aussi en fonction de l'ombre, de la proximité de la lumière publique, ou de l'éloignement de jeunes trop bruyants...

La disposition des caravanes est significative. Les placettes du terrain sont occupées selon la situation sociale des familles : les plus riches le plus souvent sur la placette la plus éloignée, les plus longs séjours ou les familles avec des personnes âgées le plus près des services d'accueil, les voyageurs de passage moins connus, donc avec des relations plus neutres aux autres, trouvaient place au centre.

### Et le territoire intime ?

L'organisation du domaine privé ne peut pas se limiter à l'intérieur de la caravane. La vie se déroule en grande partie autour des caravanes ce qui nécessite une organisation de l'occupation de l'espace.

Par exemple, comment les mamans tsiganes protègent-elles leurs enfants ? Comment parviennent-elles à contrôler les déplacements de leurs enfants autour de la caravane, et surtout près d'une route à grande circulation ?

*Fonnette*, maman manouche, m'a proposé une explication : l'imaginaire.

A partir de quelques repères visuels (un arbre, une pelouse, un poteau, un point d'eau, la lisière d'un bois...) la limite est nommée. Au-delà, tous les malheurs peuvent arriver : la rencontre indésirable avec un mort, ou *le grand gadjo blanc* qui enlève les enfants... Ainsi le danger devient un personnage « gardien de l'espace ».

### La liberté de circulation (sur le territoire national)

Voilà bien une image de bonne santé mentale, non ?

Pourtant elle se conjugue en France avec discrimination de papiers identitaires, surveillance et contrôle allant jusqu'à une présentation physique régulière aux autorités de police ou de gendarmerie comme les personnes sous main de justice.

D'emblée suspect, le tsigane ne peut pas non plus voter comme les autres citoyens.

Quels droits pour quels devoirs ? Qui dit le droit de voyager, dit le droit de s'arrêter. Ce droit est encore actuellement essentiellement conçu par des sédentaires avec le souci de défendre le territoire des sédentaires.

En proposant une obligation de centre d'accueil assortie au droit d'interdire le stationnement par-

tout ailleurs, le droit de territoire peut aboutir à l'obligation d'aller de place en place désignée par les sédentaires. Ainsi pourrait-on transformer un dispositif d'accueil en système de rétention organisé.

L'idée de santé mentale ne va guère avec celle de camps.

Alors, pour un voyageur, c'est eux qui me l'ont appris, l'important n'est pas tant de se déplacer effectivement que de pouvoir partir dans une heure.

Tous les modes de stationnement, d'occupation de l'espace, de choix économiques ou familiaux font écho aux capacités de départ d'une famille ou d'un groupe. Plus une famille perd les moyens de partir, plus ses comportements de défense (y compris sociaux) seront importants. Comme pour bon nombre de personnes en situation de précarité, cette précarité fait honte et modifie la relation à l'autre, avec frayeur, défenses, modes de survie, quels qu'ils soient, comme si cela redonnait une certaine constance du personnage, une once de dignité de savoir au moins prendre cette place là, pas tout à fait celle d'un incapable, au sens de la santé mentale.

Voyez-vous, chez nous, c'est aussi chez eux. Les Gens du Voyage, aussi paradoxal que cela puisse paraître aux gadgé, ils sont de quelque part. ■

## Espaces humains : limites et franchissements (suite)

les différents opérateurs qui revendiquent la capacité à mener des actions sur le territoire-référent. La trame spatiale ainsi mise en cohérence pour devenir véritablement un territoire, doit cependant être ponctuée par des lieux plus "forts" que d'autres, qui cristallisent les valeurs et emblématisent l'ensemble : la surface territoriale telle que construite et promue par le politique – dont elle soutient la légitimité – ne s'avère donc pas isotrope, mais associe sans hiatus des composants aux "valences" inégales.

J'ai pu ainsi constater que la plupart des édiles des villes françai-

ses adhèrent, de façon compulsive à l'occasion, à cette idéologie territoriale – à ce désir de lien spatial irrefragable qui augurerait de la vigueur du lien social, à cette hantise de la déchirure du « tissu urbain », métaphore explicite et répandue à l'environnement, et que d'ailleurs la géographie urbaine classique a repris elle aussi. Le tissu, ici tant évocation du textile que du composé physiologique, est ce qui ne doit pas être déchiré. C'est la trame du territoire, sa chair.

Et les politiques territoriales, en France, à toute échelle, de l'urbanisme à l'aménagement natio-

nal, furent et restent marquées par la volonté de « recoudre le tissu », de raccommode le territoire – cela devint même dans les années 1990 le mot d'ordre des professionnels, lorsque se diffusa l'idée que la fragmentation spatiale et la fragmentation sociale étaient liées.

On se mit alors à penser qu'on pouvait traiter de la crise sociale par la couture territoriale, ce dont l'actuelle politique de la ville se fait encore le chantre.

On pourrait trouver de nombreux autres champs sociaux (dont celui de la santé), où ce type d'imaginaire territorial est actif. ■

# Espaces habités et territoires psychiques enfouis

Valérie COLIN

Docteur en psychologie,  
Orspere-Onsmp

SDF depuis de nombreuses années, Monsieur Breuilpont est bien connu des services éducatifs de rue. Il n'a jamais eu, à la connaissance des travailleurs sociaux, une vie autonome hors des dispositifs d'aide sociale. Il passe son temps et son énergie à circuler entre divers lieux d'accueil sans demande sociale précise, mais occupant beaucoup l'espace et les accueillants. Il est toujours à la recherche d'un des éducateurs, dont il se plaint de l'absence systématique. L'autre n'est pas là où il le cherche, il doit être ailleurs. L'absence ne peut être représentée que comme une délocalisation de l'autre.

<sup>1</sup> Je l'invite à dessiner lorsqu'il me décrit, dans une superposition des représentations, la disposition et la taille de sa chambre de foyer en référence aux dimensions de la pièce dans laquelle nous nous trouvions pour l'entretien.

<sup>2</sup> Cette capacité graphique et artistique était insoupçonnable pour les éducateurs qui avaient l'image d'un homme un peu simplet avec un comportement opératoire qui semblait barrer l'accès à l'imaginaire.

<sup>3</sup> L'appartement n'est plus le prolongement du corps seulement, il est la reviviscence du claustrum (D. Meltzer, 1992) dans lequel le sujet est enfermé. L'hypothèse d'une claustrophobie interne repérée cliniquement pour d'autres personnes SDF pourrait rendre compte des vécus d'étouffement et de l'enfermement du sujet dans une partie de son monde interne, soit dans son claustrum privé.

<sup>4</sup> Les trois valises de Monsieur Breuilpont - elles sont « pleines de vêtements » - représenteraient un des aspects du contenant maternel, la fonction de contenance.

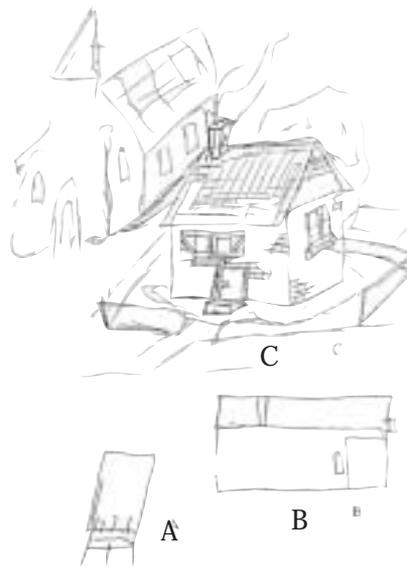
<sup>5</sup> Cf. article dans Rhizome N° 7, décembre 2001, p. 13.

Monsieur Breuilpont déclare au cours d'un entretien « Je vais vous faire une maison ». La proposition spontanée de dessiner<sup>1</sup> semble apaiser son excitation du début de l'entretien par cette activité motrice finalisée. Il dessine donc d'abord le plan de sa chambre de foyer, puis, comme en appui sur cette figuration, une maison. On passe de la description d'un intérieur à celle de l'extérieur d'une maison. A partir du schéma de la chambre, peu de qualités sont données à cet intérieur. Pour Monsieur Breuilpont, sa chambre actuelle est trop petite et encombrée d'objets « je voudrais rentrer dans ma chambre sans bousculer ma table et pis la chaise ». Le placard (A), défini comme le lieu du rangement des choses intimes, est dessiné à l'extérieur de la chambre (B), comme isolé. Le dessin de la chambre est un schéma où la structure (la forme de la pièce et son squelette) est apparente, mais non personnalisée et vide (rien dans le placard).

Le dessin de la maison avec l'église (C) est tout à fait d'un autre ordre graphique et dans un autre registre psychique<sup>2</sup>. Cependant, comme l'église et la chambre de foyer, la maison est dessinée en priorité par ses contours, comme si l'espace devait être circonscrit par le trait. Il repasse sur les traits, comme

pour accentuer cette fonction de limite (dans le sens de la limitation).

A l'image de sa circulation dans l'espace de la ville, Monsieur Breuilpont montre sa nécessité de tracer, par le contour, un espace qu'il peut ensuite remplir (remplir d'objets, remplir de paroles ou de gestes, remplir de traits pour le dessin). Le contenu peut être représenté à partir du contenant (W.R. Bion, 1962). Autrement dit, c'est l'enveloppe externe qui détermine le contenu.



Monsieur Breuilpont raconte qu'il n'avait plus les clés pour entrer dans cette maison où il était locataire. La maison n'est plus habitée, même s'il a « des trucs dedans » précise-t-il. La topique figurée a une forme double (église, maison), la maison est vide et contient cependant ses traces inaccessibles actuellement, puisqu'il a perdu ses clés.

Se représente-t-il comme "enfermé" dehors ou coincé dedans ? Le ramassage récurrent des objets dans la rue figure une tentative de retrouver les traces de lui-même déposées (ou perdues) dans l'environnement. Au fond, Monsieur Breuilpont ne fait-il pas la description de son rapport à l'objet interne mélan-

coliforme ? De la fumée sort de la cheminée : quelqu'un habite-t-il à sa place ou est-ce une partie de lui qui vit là ? Cet espace cryptique (N. Abraham et M. Török, 1978) semble contenir la part la plus intime de lui-même.

Dans cet ailleurs localisable, sont stockés "les restes" de ce qu'il possède de plus précieux, figurés par les valises<sup>3</sup>.

« Toutes les affaires que j'avais, pis j'en ai encore à Sathon. Les trois valises, y sont dedans, mais trois grandes, c'est pas des petites, y'en a trois grandes, une moyenne et c'est tout. Mais je peux pas rentrer dedans, parce que quand j'ai mis mes valises... »

- Elles ne vous manquent pas ces valises ?

- Et si parce que y'avait quand même trois costumes, y'a des chemises, des chaussures et tout ce qui s'en suit. J'peux pas les ramener à la maison parce qu'alors là j'ai plus de place. Alors si c'est pour les coller sous le lit ... »

L'ailleurs de la maison contient des contenants-valises pleins de vêtements-peau. C'est comme si le sujet était contenu dans les valises<sup>4</sup>, qu'il ne peut pas ramener chez lui par effet de contamination<sup>5</sup>.

Les dessins de Monsieur Breuilpont révèlent, par la projection graphique des contenants dans le discours, la forme de la topique psychique subjective.

M. Sami-Ali parle du dessin comme une production imaginaire et s'interroge sur la feuille blanche qui peut devenir un espace imaginaire « par la projection latente des dimensions du corps propre » (1974, p. 87).

# Les territoires urbains de la jeunesse

Les professionnels de la jeunesse sont de plus en plus confrontés à l'émergence de nouveaux problèmes qu'ils aiment à dénoncer : logiques consuméristes des adolescents, zapping dans les activités, difficultés croissantes à proposer des activités pour les adolescents passés 13 ans. Pourtant émergent sous nos yeux de nouveaux territoires d'apprentissage qu'il faudrait peut-être mieux comprendre pour mieux adapter les actions.

Jean-Marc BERTHET  
Sociologue consultant  
indépendant, Lyon

Que font les adolescents des quartiers dits difficiles de l'agglomération lyonnaise, et en particulier ceux issus de l'immigration maghrébine, lorsqu'ils ne sont pris en charge ni par l'école ni par les structures de loisirs ou sportives ? Ils cherchent de nouveaux terrains d'aventure qui les aident à se construire et à construire leurs identités sexuelles. Ils investissent massivement sur l'agglomération lyonnaise deux lieux souvent désignés comme les nouveaux temples de la consommation : la rue de la République (principale artère commerciale du centre-ville) et le centre commercial de la Part-Dieu à Lyon<sup>1</sup>.

Ecouter ce que disent les jeunes dans ces espaces, observer leurs pratiques nous indique que ces territoires du centre-ville, à l'écart des tutelles territoriales de la périphérie, sont d'abord des lieux d'apprentissage de la ville<sup>2</sup> mais aussi et surtout des lieux de drague.

Nous avons observé (et uniquement travaillé par observations sans mener d'entretiens) pendant plus d'une année les mercredis et les samedis après-midi les pratiques de ces adolescents de "banlieue" dans ces deux lieux emblématiques de l'agglomération lyonnaise. Loin d'être des temples de la consommation, ces lieux sont d'abord pour ces publics des lieux de déambulation, où l'œil écoute l'autre, des lieux qui ne valent que par le principe d'observabilité mutuelle qu'ils impliquent, des lieux où l'on vient faire des rencon-

tres, des lieux d'apprentissage, des lieux d'expérience et donc des lieux de mise à l'épreuve de soi par l'autre.

On y vient d'abord en groupe, pour mieux se protéger de l'inconnu et de l'anonymat urbain. Filles et garçons y naviguent groupés, soudés à mesure de leur jeunesse. Lorsqu'ils croisent d'autres groupes issus de leur même quartier, les échanges sont brefs, on n'est pas venu ici pour croiser ceux qu'on côtoie tous les jours. On est venu ici pour regarder les nouveautés. Si on consomme peu, on se dépense en marches et regards des autres et des objets, de la nouveauté. Mais surtout, on vient ici pour constituer un nouveau terrain d'aventure urbaine et pour draguer. Lorsqu'on est jeune ou adolescent, regarder, c'est souvent regarder et chercher du regard (pour les garçons) ou de la posture (pour les filles) l'autre et l'attention de l'autre. C'est juger, hiérarchiser les corps vus en corps sus.

La première impression violente, c'est le verbe masculin ordurier dans sa tentative d'accroche et d'approche des jeunes filles. Que faire de cette violence verbale ? Qu'en font les jeunes filles ? Elles travaillent à l'atténuer. Elles pacifient, par la douceur des réponses et l'humour, les échanges. Jamais nous n'avons observé dans ces lieux un glissement de la violence verbale à la violence physique. Cela ne veut pas dire qu'il n'y en ait pas mais plutôt qu'il y a là un dispositif scénique propre à la ville qui l'empêche.

A la force verbale masculine initiale, les jeunes filles répondent par d'autres formes de forces : le contrôle de l'accès à leur faveur. Il n'est qu'à observer ce qui ne peut que très mal se dire : la tête des jeunes garçons lorsqu'ils sortent de leur groupe de pairs pour aller aborder seuls une jeune fille, et comment ces mêmes jeunes filles les obligent à en rabattre. Ces situations, multipliées, égalisent peu à peu les modes du faire et du dire.



Cependant, tout ne se résout pas dans ces échanges. Un autre élément à prendre en compte qui différencie fortement les deux lieux tient à l'organisation de leurs systèmes de sécurité. La rue de la République est bordée de caméras de vidéo-surveillance avec une faible présence policière. La Part-Dieu possède elle aussi son système de vidéo-surveillance avec en plus une multiplication de vigiles ou de forces de sécurité. Ainsi, à la Part-Dieu, on peut très bien sortir du métro, se faire arrêter pour un contrôle des billets par une dizaine de contrôleurs assistés de policiers, passer devant les vigiles du centre commercial puis les vigiles des commerces qui ont eux-mêmes, pour les plus gros magasins, leur propre système. Bref, en une vingtaine de minutes de parcours dans le centre commercial, un groupe de garçons un peu trop bruyant va croiser une vingtaine de représentants de forces de l'ordre. Les altercations et la violence verbale entre jeunes garçons et vigiles sont fréquentes mais, là encore, dégénèrent rarement. En outre, des vigiles informels circulent dans le centre et régulent tout débordement (cris, canettes de bières, cigarettes allumées, ...). Leur caractéristique tient en trois compétences : ils parlent doucement, ils sont dans le toucher avec les jeunes, ils parlent arabes si nécessaire.

Les scènes et échanges déployés dans ces territoires urbains participent d'une valorisation d'une culture de la rue même si elle reste sécurisée. Ils participent aussi d'une construction vers l'autonomie, alors que beaucoup incitent à des logiques d'enfermement (famille, école, structures socio-éducatives, quartier...). Peut-on essayer de mieux préserver cette culture d'échanges pour le bien-être de ces jeunes ? ■

<sup>1</sup> Cf. notre étude "Lyon, la banlieue et leur centre. Jeunes entre la rue de la République et la Part-Dieu" financée par le FASILD dans le cadre du programme interministériel de recherche "Cultures, ville et dynamiques sociales", juillet 2002.

<sup>2</sup> Cf. les travaux à la fin des années 80 de Catherine Fôret et Pascal Bavoux.

# Quand la psychiatrie est un modèle...

15 mars 1960, 5 mars 2004, 44 ans se sont écoulés entre la circulaire relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales et celle d'aujourd'hui relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.

**Emmanuel VIGNERON**

Professeur  
d'aménagement  
sanitaire,  
Université de Montpellier

\* chlorpromazine :  
premier neuroleptique

Le premier de ces deux textes visait *essentiellement à diviser le département en un certain nombre de secteurs géographiques, à l'intérieur de chacun desquels la même équipe médico-sociale devra assurer pour tous les malades, hommes et femmes, la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation quand il est possible, les soins avec hospitalisation et, enfin, la surveillance de postcure*. C'était, à l'aube des années soixante, un texte révolutionnaire habité d'égalité sociale et de santé publique. Le deuxième de ces textes, qui fait suite à l'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de la planification sanitaire, affiche comme *priorité une plus grande prise en compte de la dimension territoriale* pour l'élaboration des SROS de troisième génération.

La première remarque qui s'impose est celle du caractère pionnier de l'organisation des soins psychiatriques. La seconde remarque qui s'impose tout autant est celle de la lenteur avec laquelle le domaine des soins somatiques en est venu à une conception globale des soins, centrée sur les besoins de la population, incluant la prévention, le dépistage, le traitement et la rééducation. En effet, sans négliger les apports remarquables de la Loi de Juillet 1991 instaurant les SROS, ni même ceux de la circulaire de mars 1998 lançant les SROS de deuxième génération, il faut bien convenir que la territorialisation des soins est encore embryonnaire en France. La troisième remarque est celle de la très longue durée d'une telle entreprise à en juger par l'état d'incomplétude de la sectorisation en France et l'insuffisance de l'offre

en psychiatrie publique, état et insuffisance qui se passent de qualificatifs<sup>1</sup>. Ces trois remarques incitent à tirer les leçons de la sectorisation psychiatrique pour la réussite de la territorialisation des soins somatiques et sans doute pour que celle-ci aille plus vite et plus loin que celle-là.

## Quel projet politique préside à la territorialisation des soins ?

La sectorisation psychiatrique trouve ses racines sous le Front Populaire et s'invente dans la Résistance à Saint-Alban-sur-Limagnole, en Lozère, au Congrès de Montpellier en 1942, sous la houlette de Paul Balvet, François Tosquelles, Lucien Bonnafé et quelques autres... Jeunes psychiatres qui seront à la Libération l'avant-garde de la révolution psychiatrique. Le terme de secteur lui-même, tel que l'a raconté Bonnafé, naît lors du Congrès de l'Union des Médecins Français, organe issu de la Résistance, à l'hôpital Sainte-Anne le 28 mars 1945, dans une Europe encore en guerre... Et ce n'est pas sans une pointe d'humour que l'on notera que les bases de la politique de secteur furent définies en 1955 au... Congrès de Tours, ce qui n'est pas sans évoquer un autre congrès célèbre tenu dans la même ville !

Quand bien même, il n'est pas douteux que la chlorpromazine\* constitua un puissant allié de ces considérations morales et politiques ni même que le décret du 21 mai 1955 par lequel l'Etat s'engagea à financer 80 % des dépenses de santé mentale des Conseils généraux, prépara le terrain, il importe de souligner qu'autant l'Asile que le Secteur, l'un de la Révolution l'autre de la Résistance, sont le résultat de visées politiques à caractère révolutionnaire affiché.

Il est plus difficile de trouver la trace d'une idéologie claire dans la récente circulaire sinon celle de vouloir affirmer une certaine proximité des soins de premier recours (hôpitaux locaux) tout

en justifiant la poursuite de la concentration des plateaux techniques par les nécessités de la démographie médicale notamment, nécessités au demeurant créées de toutes pièces par l'administration. On y trouvera cependant l'adhésion aux valeurs de la démocratie participative, du contrat et de la régionalisation, lesquelles ne sont pas à placer au même niveau que les valeurs de la circulaire du 15 mars 1960. Signe des temps ? Mais là n'est peut-être pas l'essentiel tant ces quarante années nous ont appris à nous méfier des mots.

## Le manque de données en santé mentale et en soins somatiques

Parce qu'elle place la mesure des besoins de la population à l'origine même de la planification, la territorialisation doit se nourrir d'informations statistiques de qualité, appropriables et partageables dans un processus de diagnostic démocratique. De même que dans le domaine de la santé mentale, les bonnes informations font défaut<sup>2</sup> et sont même aujourd'hui moins disponibles qu'hier avec la suppression des rapports *annuels* de secteur et l'absence persistante de PMSI, certaines données demeurent peu utilisées en raison de l'insuffisance de diffusion et d'analyse du PMSI à des fins géographiques et de santé publique. La première condition de réussite de la territorialisation passe de manière urgente par la mise à disposition de l'ensemble des acteurs de l'information la plus complète... et son analyse.

## "Des hommes avant des pierres"

Cette formule de Lucien Bonnafé manifestait en son temps le désarroi de l'un des pères de la sectorisation devant la "grande misère de la psychiatrie française". Elle demeure vraie en 2004 et constitue incontestablement une situation grave pour l'exercice de la psychiatrie de secteur et la source continue d'une inégalité entre les populations. Elle est même sans doute la

<sup>1</sup> On renverra pour cela aux cris de Bonnafé, Mignot, Brisset parmi tant d'autres dans les années 60 et 70, et aux rapports du CES en 1997, de la Cour des Comptes en 2000, et évidemment aux Rapports Massé, Parquet, Piel et Roelandt...

<sup>2</sup> La prise en charge de la santé mentale par la médecine libérale, généraliste ou spécialiste est mal connue. En effet, les troubles mentaux et du sommeil représentent le troisième motif de consultation en France, tous médecins confondus. Selon "l'Enquête Santé et Protection Sociale" annuelle du CREDES, entre 9 et 10 millions de Français souffriraient d'une maladie ou d'un trouble mental. En regard, la file active annuelle des 825 secteurs psychiatriques ne représente "que" 920 000 patients !

## Quand la psychiatrie est un modèle... (suite)

source la plus grave de dysfonctionnement du secteur. Elle appelle – mais depuis si longtemps ! – des correctifs ambiteux.

En revanche, on n'a cessé de bâtir, ce que de nombreux psychiatres ont dénoncé comparant ces créations d'hôpitaux (en Corse, en Gironde, dans les Pyrénées Orientales) aux Abattoirs de la Villette (Le Livre Noir de la Santé Mentale en 1974 mais aussi... le CES en 1997). Le Plan Hôpital 2007 a prévu de nombreuses infrastructures ; la question de la démographie médicale et surtout celle de la répartition des médecins ne parvient pas à trouver de solution en l'absence de la remise en cause de la liberté d'installation des professionnels libéraux.

### Le risque d'enfermement

La sectorisation psychiatrique s'est installée non pas sur les décombres de l'Asile mais sur la base du tissu d'asiles départementaux créés par la Loi de 1838. Chacun sait que le secteur originel comptait environ 200 000 habitants simplement parce que la norme fixée par l'OMS était de 3 lits pour 1 000 habitants et que les hôpitaux psychiatriques avaient une taille moyenne de 600 lits, chaque service, ayant une taille de 200 lits environ se vit placer à la tête d'un sous secteur de 67 000 habitants environ, lequel au fil des ans devint le véritable "secteur" de 70 000 habitants. Par la force des choses, la sectorisation a ainsi conforté la géographie asilaire et maintenu des établissements là où les besoins ne le justifiaient pas. La redistribution spatiale de la population française, particulièrement importante ces quarante dernières années a conduit à la constitution de secteurs en étranges portions de camembert rattachés souvent à de lointains HP. Ceci n'est pas très gênant aujourd'hui que l'hospitalisation est l'exception. Cela l'est plus dans le domaine somatique où l'hospitalisation est fréquente et où, plus

encore, l'hospitalisation de très courte durée suppose une proximité satisfaisante selon les normes professionnelles.

La territorialisation passe nécessairement par la reconnaissance de contours adaptés à la pratique spatiale et aux comportements des usagers. Le risque est grand que les secteurs sanitaires centrés sur les centres hospitaliers et supprimés par l'ordonnance du 4 septembre renaissent sans changement sous le nom de territoires de santé. Ce risque est d'autant plus grand que l'administration reste enfermée dans son cadre départemental. Il conviendrait que les ARH s'affranchissent des limites administratives. La circulaire le recommande justement. Cela suffira-t-il ?

### Le danger de l'hospitalo-centrisme

Au-delà des mots, les faits sont là, reconnus par l'ensemble des professionnels de la santé mentale : l'offre de soins est "insuffisante et inégalement répartie", la prévention est "balbutiante" quand elle n'est pas "absente", les liens avec le médico-social sont "l'exception" (pour reprendre des qualificatifs employés par le rapport Massé). Plus encore, la politique de secteur, si elle ne doit pas être "détruite" doit être toutefois "profondément modifiée" car elle "n'est plus à la hauteur d'une psychiatrie moderne" selon le jugement de Jean-Philippe Parquet, membre du Haut Comité de la Santé Publique. Pour sa part, le Conseil Economique et Social en 1997 considère qu'il s'agit d'une "évolution encore inachevée", que "la planification n'a pas permis de rompre avec l'hospitalo-centrisme", que les "structures alternatives à l'hospitalisation sont trop peu développées" qu'il existe de "fortes disparités locales et régionales", des "disparités dans l'affectation des moyens qui freinent l'achèvement du processus", de véritables "trous dans la sectorisation".

En soins somatiques, si la circulaire appelle à rechercher l'articulation entre soins de ville et hôpital, on est encore, compte tenu de la répartition des tutelles, loin de pouvoir parvenir à une harmonisation d'ensemble et de fait le pouvoir des ARH ne s'exerce guère que sur l'hôpital. Pour parvenir à cette si nécessaire graduation des soins depuis le niveau de premier recours jusqu'au niveau des soins hospitaliers les plus rares, il importe de dépasser le stade des ARH pour aller rapidement vers les ARS. Sans elles, les projets médicaux de territoires prévus par l'ordonnance de septembre 2003 ont toutes chances de demeurer des projets hospitaliers de territoires alors même que l'hôpital aurait toute vocation à animer l'ensemble du système.

### Une circulaire ne fait pas le printemps

Pour finir, on rappellera que si la sectorisation psychiatrique a plus de quarante ans, elle demeure inachevée. Inachevée par manque de moyens et surtout par manque d'hommes. De nombreux textes ont succédé à celui de 1960, la circulaire de 1993 notamment. La circulaire de mars 2004 s'inscrit déjà dans la lignée d'autres textes depuis la Loi de 1978. Elle représente une avancée notable mais ne se suffit pas par elle-même. De même que la psychiatrie n'exige "pas simplement des actes mais du temps" pour reprendre des mots de Gérard Massé, la santé tout entière a besoin d'hommes, d'actes et de temps médical. Mais elle a d'abord besoin de projets partagés, discutés, élaborés démocratiquement, assis sur des valeurs sociales, décidés avec le cœur autant que la raison, et susceptibles d'entraîner l'adhésion et l'action.

Alors, peut être, pourrions-nous voir se réaliser partout et avant quarante ans de plus, le vieux rêve de la sectorisation : un rêve de Fraternité. ■

### Bibliographie

- E. Vigneron, *Pour une approche territoriale de la santé*. Paris, DATAR/Aube, Bibliothèque des Territoires. Préface de Claude Evin, 2003.
- E. Vigneron, *Santé et Territoires : une nouvelle donne*. Paris, DATAR/Aube, Bibliothèque des Territoires. Préface de Jacques Barrot, 2003

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale Sanitaire

HP : Hôpital Psychiatrique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMSI : Programme Médicalisé des Systèmes d'Information

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

# Territoire de secteur et territoire de santé mentale : sont-ils superposables ?

Patrick CHALTIEL  
Psychiatre, Bondy

Il y a quelques années, Norman Sartorius, professeur émérite en psychiatrie, président de l'OMS, déclarait "obsolète" la notion de territorialité en psychiatrie (appuyant son argument sur le développement considérable de la mobilité et des moyens de communication tous azimuts qui caractérisent notre ère).

Je réagissais alors à cet "oukase"\* par une véhémence protestation visant à faire la preuve que, non seulement la notion de territorialité n'était pas obsolète, mais qu'au contraire, dans son duel avec "l'universalité mondialisante", elle constituait l'une des sources essentielles du dyna-

borateurs, notre projet de service : la psychiatrie doit progresser appuyée sur ses deux jambes, l'universel, et le local. Une psychiatrie qui ne s'alimente qu'à la source de l'universel devient dés-humanisante, déssubjectivante, aculturante. À l'opposé, une psychiatrie qui ne s'alimente que du "local" devient une sorte de chamanisme tribal.

Après ces considérations introductives, qu'en est-il de notre sujet : le territoire de la psychiatrie publique (le "secteur") et celui de la "Santé mentale" (que d'aucuns tentent de représenter actuellement en termes de "bassins de vie" ou de "cartes sanitaires" aux dimensions variées) ? En

dimension d'un secteur à l'usage de l'administration, répondant : "66 666,6 habitants" : réponse plus élégante, mais non moins impertinente que celle du général Cambonne aux Anglais).

**Donc, quelle conception clinique pouvons-nous établir à l'origine du "territoire de Santé Mentale" ?**

Je tenterai ici une réponse succincte en reprenant ma question première : quels principes cliniques ont présidé à la conception du secteur de Psychiatrie ?

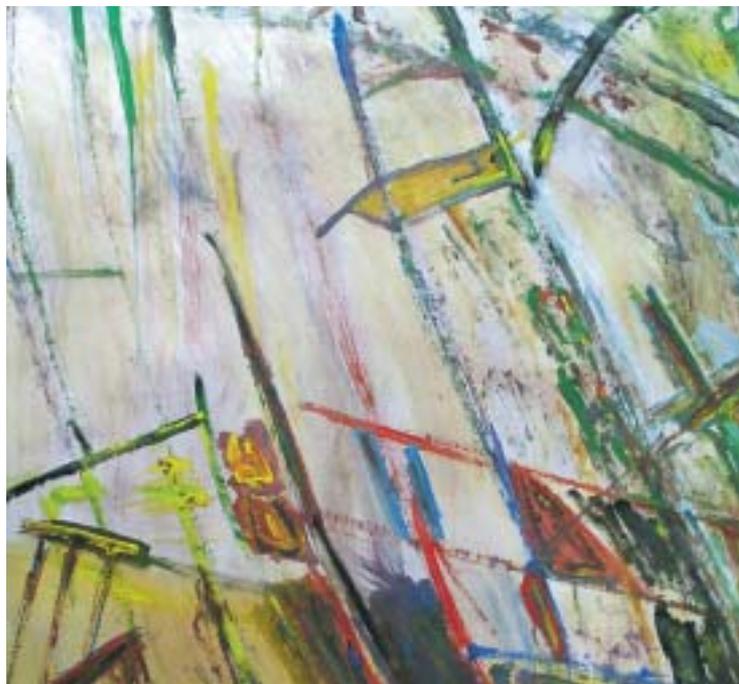
- Le principe de la continuité d'attention d'une équipe humainement gérable, à une population humainement connaissable (une équipe humainement gérable, c'est entre 50 et 100 personnes, une population humainement connaissable, c'est entre 50 000 et 100 000 habitants).

- Le principe d'intégration et d'appui sur les ressources contextuelles ; pour cela, il faut que la population en question ait une certaine "unité" préalable (et ne soit pas l'effet d'un découpage arbitraire) : groupe de villages, petite ville, quartier identifiable d'une grande ville, etc. (cette "unité communale" n'excluant pas, bien entendu, la diversité de cette population).

- Le principe d'accessibilité et de proximité : tous les outils de soin de cette équipe doivent être situés au cœur du secteur, et non pas excentrés, exilés à distance... et surtout pas les lits hospitaliers !!

La mise en œuvre très insuffisante et inégale de ces principes et de cette politique par l'Etat plonge un grand nombre de soignants dans l'inquiétude et dans la perplexité face à un discours politique ambigu où l'on ne sait plus très bien si les concepts de "Santé Mentale" ou de "Réseaux" viendraient se substituer aux prétendus "échecs" de la psychiatrie de Secteur.

Soyons clairs et fermes en la matière : le projet des réseaux de



misme de la psychiatrie de demain... Depuis, l'OMS a, d'ailleurs, opéré un certain revirement en la matière, en reconnaissant la valeur essentielle des principes d'une psychiatrie inscrite dans la communauté de son aire d'exercice.

La notion de territorialité constitue donc, à mon sens, une des notions de base, qui m'ont conduit à définir, avec mes colla-

d'autre termes, quels outils cliniques pourrions-nous mettre en œuvre pour nous approprier cette nouvelle territorialité... plutôt que de laisser le champ libre aux "découpages administratifs" dont nos décideurs ont la passion obsessionnelle (je ne résiste pas à rappeler ici l'un des mots historiques de cet éternel duel clinico-administratif : celui de Bonnafé, sommé de définir la

\* oukase : décision arbitraire, ordre impératif.

## Territoire de secteur et territoire de santé mentale : sont-ils superposables ? (suite)

Santé Mentale ne vaut que là où le secteur a été réalisé dans toutes ses exigences de base (disparition des concentrations asilaires, traitement ambulatoire de la chronicité, dispositif d'accueil 24 h sur 24 des urgences, articulations étroites avec les dispositifs sanitaires et sociaux de l'aire d'exercice, régression de la contrainte aux soins, disparition complète de la confusion entre lieux de vie et lieux de soins, partage et coopération constante avec les « usagers » (familles et patients). La Santé Mentale est une étape supplémentaire de réalisation de la psychiatrie de secteur. Elle ne vaut rien si elle prétend se substituer ou compenser l'absence de réalisation de ces étapes préliminaires.

Ce préalable posé, quelle est donc cette étape nouvelle, et quel serait son territoire idéal de mise en œuvre ?

J'y vois, quant à moi, l'occasion rêvée de réparer enfin le péché originel du Secteur, dans sa conception et dans sa mise en œuvre : cette malfaçon, cette aberration, cette ambiguïté consistant à renoncer, dès le départ, à

une Psychiatrie Générale, s'intéressant au développement psychique du sujet (et à ses accidents) de la naissance à la mort, pour couper en deux cette continuité existentielle à l'âge de 16 ans ! (ou 15 ans et 3 mois diraient les administratifs, dans leur arithmomane infra décimale !). S'il est (et j'en doute !) des arguments cliniques essentiels pour spécifier la pratique d'un psychiatre de l'enfant, il en est de bien plus sérieux pour réduire le gouffre qui s'est instauré entre ces deux sous-disciplines dont les clientèles se chevauchent ou se disjoignent selon le caractère « désirable » ou « indésirable » de leur interface : les adolescents.

Ainsi, si nous définissons le champ de la Santé Mentale comme la conjonction pluri-partenaire des deux extrémités de la mission que s'est donnée la psychiatrie de secteur : la prévention à un bout et la réhabilitation sociale à l'autre, il me semble que l'occasion est ici trop belle de remettre en lien les équipes "infanto-juvéniles" et "générales", entre elles, et avec tous

leurs partenaires compétents et indispensables à ces deux actions, que la psychiatrie ne peut embrasser à elle seule :

- la prévention, avec généralistes, pédiatres, PMI, écoles, A.S.E., juges des enfants, familles...
- la ré-habilitation sociale, avec COTOREP, ANPE, Missions locales, travailleurs sociaux, tuteurs et curateurs, justice et force publique, associations culturelles, clubs d'entraide et de socialisation, aides à domiciles, bailleurs sociaux, généralistes, UNAFAM, FNAPSY, élus locaux...

Le territoire de cette pratique est ici tout trouvé, c'est celui de l'inter-secteur de Psychiatrie infanto-juvénile couvrant communément deux à quatre secteurs de psychiatrie générale, lesquels, associés au premier dans cette entreprise collective, retrouveraient enfin, dans leur collaboration obligée, le sens de la continuité d'attention à une population plurigénérationnelle et le souci d'une réduction des clivages induits par l'une des perversions de notre modernité, la surspécialisation. ■

## Espaces habités et territoires psychiques enfouis (suite)

### Bibliographie

- Abraham N., Torok M., 1978, 1987, *L'écorce et le noyau*, Flammarion, 480 p.
- Bion W. R., 1962, *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF, 1979, 137 p.
- Anzieu D., Houzel D., et coll., 1987, *Les enveloppes psychiques*, Paris, Dunod, 252 p.
- Anzieu D., 1974, "Le Moi-peau", *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n°9, pp. 195-208.
- Sami-Ali M., 1974, *L'espace imaginaire*, Paris, Gallimard, 263 p.
- Doron J., 1987, "Du moi-peau à l'enveloppe psychique" in *Les enveloppes psychiques*, Anzieu D. et coll., 1987, Paris, Dunod, pp. 1-17.
- Meltzer D., 1992, *Le claustrum*, 1999, Lamor-Plage, Éditions du Hublot, 186 p.

La spatialité du sujet sans domicile se prolonge dans le monde extérieur selon son espace imaginaire par le médium du corps propre.

Les dessins de Monsieur Breuilpont peuvent se lire selon la conception d'enveloppe psychique (D. Anzieu, D. Houzel, 1987) contenue dans la métaphore du Moi-peau (D. Anzieu, 1974) qui permet d'explorer les phénomènes d'interface.

Monsieur Breuilpont distingue deux lieux : celui de l'intérieur (la chambre du foyer) et un autre imaginaire (la maison avec l'église).

Il ne peut se représenter la maison qu'à partir de son enveloppe externe, c'est-à-dire les murs. La qualité de l'enveloppe définie est une surface impénétrable dont il est exclu.

L'enveloppe psychique décrite n'a pas sa fonction de perméabilité, mais celle de limite entre deux espaces : celui où il existe (dehors et dans la chambre de foyer) et celui d'où il est enfermé.

Pour J. Doron (1987, 2000), l'enveloppe psychique est avant tout une limite entre différents espaces.

Monsieur Breuilpont se situe entre deux espaces : un lieu imaginaire inaccessible et un lieu où il vit, en insécurité à cause des voisins et des autres hommes.

Cependant, il est en contact avec ces deux espaces, il est entre-deux, en position d'interface. ■



# Du centre aux trajets

"La production de nombres, c'est l'expression contemporaine du non-dit." Cette citation de G. Benoit me dissuade d'une approche géographique et "évaluative" en psychiatrie.

Que les secteurs aient 66 666 habitants pour un secteur de psychiatrie générale, comme prévu par la circulaire de 1960, ou presque 200 000 comme les prototypes parisiens de Sivadon, Daumézon et Le Guillant et pour les nouveaux "territoires de santé" imaginés par les auteurs d'un récent rapport, cela n'est pas fondamental dans une logique médico-administrative. Si le but d'un secteur est de construire tout l'éventail des établissements dont auraient besoin les patients psychotiques, il convient de constituer de grands ensembles capables de cette polyvalence. Les secteurs trop petits doivent s'associer et fusionner. Mais alors, qu'est ce que ce grand secteur autarcique apporte de plus que l'institution asilaire à prétention totale dénoncée jadis par Goffman ?

La vraie question me semble être celle du sens : le secteur en psychiatrie, pour quoi faire ? Et comment ? Une voie me semble résider dans notre promotion d'un monde habitable pour les patients, pour les patients psychotiques notamment. Notre influence est limitée, alors, restons modestes et n'espérons pas plus que des "révolutions minuscules".

Que les lieux de soins soient dispersés, "extra-muros" ou concentrés dans l'enceinte de l'hôpital, si le patient est pris dans la continuité d'un tissu soignant, il reste dans un rapport de contact avec l'institution - mère. Cette institution qui se donne les moyens de l'omnipotence, est une parfaite réplique des fantasmes fusionnels et de séduction mutuelle entre mère et enfant. Dès lors, les promoteurs d'un tel projet ne réintroduisent les tiers, les élus, les familles qu'à regret, quand la loi l'ordonne.

Mais, ni l'ancienne formule ni la moderne ne résout la question du centre puisque les deux acceptent qu'il en existe un. Un tel

schéma centripète fonctionne comme point d'attraction imaginaire, voire d'aliénation pour les patients psychotiques, trop enclins à se précipiter sur le "maternel". Pour déjouer ce schéma d'attraction fatale, il convient selon moi de ne pas raisonner avec un centre, mais avec l'image du trajet que le patient peut parcourir en fréquentant un réseau compliqué, mêlant des lieux de soins et des lieux qui nous échappent. On peut s'inspirer des lignes d'erre de l'énigmatique F. Deligny, et de la schizo-analyse de Deleuze et Guattari. Révolution plus que copernicienne probablement par laquelle les hiérarchies sont subverties, dans laquelle le dispositif sectoriel est suffisamment complexe, constitué de lieux différenciés et autonomes pour que le patient ne soit jamais cerné, ni défini, pour que nous ne sachions pas à l'avance, nous les soignants, quel chemin il va prendre, ni à quel endroit il va s'installer et investir une relation thérapeutique qui restera discrète voire secrète.

Georges Perec était un spécialiste des espaces. Dans son livre "Espèces d'espaces", j'ai trouvé la citation suivante, de J. Swift : *"Les éléphants sont généralement dessinés plus petits que nature; mais une puce toujours plus grande."* Tout n'est qu'une question de représentation, et j'ajouterai, suivant H. Arendt, que *"la réalité, c'est l'apparence dans le domaine public"*.

Aux secteurs de psychiatrie, certains font le reproche d'être aussi sclérosés que des pachydermes et veulent les faire maigrir; d'autres, et ce sont parfois les mêmes, les trouvent trop petits. Pour beaucoup, le secteur psychiatrique garde encore l'image d'un système clos, d'un organisme bureaucratique où l'administration des personnes tient une grande place.

Une représentation dynamique et non pas topologique du secteur psychiatrique nous aide à concevoir une évolution du système. Pour recréer le lien social qui s'effrite de nos jours, pour soutenir des espaces de convivialité ordinaire, ceux que les

patients psychotiques ne savent pas fréquenter sans notre appui, il faut faire une place au politique en créant un lien avec la population autour de la notion de citoyenneté.

C'est le but et le premier enseignement des Conseils Locaux de Santé Mentale. L'échelle est celle d'une commune, d'un canton, c'est à dire une entité qui a une id-entité. Ce n'est pas le cas d'un bassin de population, notion géographique, économique peut-être, et non politique. Je dirais que le bassin de population est indéfini, composé de "on", la "forêt humaine" (Heidegger). Le on est un pronom au singulier, qui n'articule pas le groupe et l'individu; à la différence du "nous" qui relie "je" aux autres. Pas de dialogues avec des on, pas de discours, pas de politique. Les fondateurs du secteur, fins politiques et militaires par surcroît pour cause de guerre, ont proposé cette taille limitée des secteurs psychiatriques pour que "le travail ait une limite".

Limiter son action en santé mentale à un territoire limité, réconcilie les "santémamentalistes" et les psychiatres institutionnels. Pourquoi ? Parce que, me semble-t-il, dans les deux cas, on considère la population comme un sujet. Le Conseil Local fonctionne comme une agora, espace de démocratie directe, d'où l'intérêt des références aux philosophes grecs, et à l'institution au sens de la création de rapports dans une collectivité hétérogène mais ayant une identité. L'exercice sur le terrain est nécessaire pour que les psychiatres qui s'engagent dans cette voie ne soient pas que les supports imaginaires d'un savoir d'expert. Une mise à l'épreuve est fondamentale, et pour cela, la proximité est nécessaire. C'est au travers d'une reconnaissance de la compétence clinique que la parole des psychiatres aura une chance d'avoir quelque autorité.

À mon sens, et en guise de conclusion, voire d'avertissement, je dirai que l'édification de grands ensembles condamne cette approche qui tente d'allier politique et psychiatrie du sujet. ■

Eric JULLIAND

Psychiatre,  
CH le Vinatier, Bron

## Bibliographie

G. Benoit  
*Revue Topiques* N° 1, 1969

Fernand Deligny  
*Revue Recherches* N° 7  
*Enfance Aliénée* I

## Sur le terrain des pratiques

### Une expérience de travail pluridisciplinaire à l'échelle ville

Comme on le verra dans ce texte, le territoire est implicitement défini, au-delà des technicités mises en place, comme le lieu où des professionnels d'institutions différentes peuvent se rencontrer pour élaborer ensemble leurs difficultés<sup>1</sup>.

**Pilar ARCELLA-GIRAUX**

Coordinatrice  
Atelier Santé-Ville,  
Aubervilliers

En 2001 a été mise en place à Aubervilliers la démarche « Atelier Santé-Ville<sup>2</sup> » sous la coordination du Service Communal d'Hygiène et de Santé. Les acteurs des domaines sanitaire et social ont très vite adhéré à cette initiative, notamment ceux du Service social municipal, du secteur psychiatrique, du CMPP, du Service d'accueil des travailleurs handicapés, du dispositif RMI, de l'Aide Sociale à l'Enfance, du Service Vie des quartiers et de la Mission Locale.

A cette mobilisation institutionnelle s'est ajoutée celle de la médecine libérale par le biais du Réseau ville-hôpital. Un groupe de travail a été constitué et s'est attaché pendant cette première année à analyser les besoins de santé prioritaires de la ville et les stratégies qui pourraient être adoptées par l'Atelier Santé-Ville pour l'action à suivre. La mise en œuvre d'un volet « santé mentale » a été rapidement décidée et assurée de manière partagée par les membres du groupe.

La première action retenue par le groupe a été la mise en place de réunions interprofessionnelles – les RESAD (réunion d'évaluation des situations d'adultes en difficulté) – conçues comme un appui au professionnel demandeur pour l'élaboration d'un projet d'accompagnement autour d'une personne ou d'une famille. Le but de ces réunions est de faciliter la concertation et la coordination entre les professionnels autour de situations concrètes dans lesquelles l'imbrication de difficultés (éléments de souffrance psychique avec ou sans maladie mentale intriqués avec des difficultés sociales, d'insertion, etc.) rend difficile, voire illusoire, le suivi par un seul acteur.

La RESAD a commencé à fonctionner pratiquement à partir de décembre 2001. Elle se tient le premier lundi de chaque mois dans la salle de réunion du service social municipal et n'importe quel professionnel de santé ou social

travaillant dans la ville peut la saisir. Un maximum de trois situations peut être analysé lors de chaque réunion (une heure de discussion est consacrée à chaque situation). Compte tenu de la spécificité du réseau d'acteurs travaillant autour des personnes âgées, une RESAD « personnes âgées » s'est mise en place à partir du deuxième semestre 2002.

La RESAD est composée de membres permanents (la directrice du Service Social, le psychiatre responsable du Centre d'Accueil et de Crise, un médecin généraliste du Centre Municipal de Santé et la responsable adjointe de la Mission locale) qui y siègent du fait de leur compétence technique mais aussi du fait de leur fonction de « cadre » engageant ainsi leur service. Pour les RESAD « personnes âgées », ce comité est complété par les responsables du CCAS et des équipes municipales médico-sociales d'aide personnalisée d'autonomie et de soins infirmiers à domicile. Par ailleurs, le professionnel sollicitant la RESAD invite les professionnels intervenant ou étant intervenus sur la situation présentée. Il peut également inviter des professionnels ayant une compétence spécifique par rapport à la situation exposée. L'Atelier Santé-Ville assure l'animation, le suivi et l'évaluation de cette action.

En 2003, ont été analysées en RESAD 23 situations, individuelles ou familiales, concernant au total 29 personnes dont la moitié était constituée par des personnes âgées. Les situations présentées correspondent aux critères d'inclusion des RESAD puisque toutes montraient une imbrication de difficultés sociales et de santé. Ainsi, par rapport aux difficultés socio-économiques, la majorité (86 %) était confrontée à des problèmes de logement (habitat indigne, troubles de jouissance, risque d'expulsion, habitat inadapté) et seules deux personnes en âge

d'être actives avaient un travail stable. Ces personnes souffraient le plus souvent d'une grande solitude ; la plupart d'entre elles entretenaient des liens difficiles, voire aucun lien, avec leur famille. Seule une personne vivait en couple. Pour ce qui est des difficultés de santé, un tiers souffrait d'une maladie psychiatrique avérée et 3 personnes avaient des antécédents neurologiques. Par ailleurs, dans 5 situations, la RESAD a recommandé des mesures de protection juridique pour des personnes concernées. Enfin beaucoup de situations touchaient des personnes présentant des pathologies sévères ou handicapantes (diabète, maladies cardiaques, etc.) L'évaluation qualitative, faite par le biais de questionnaires envoyés aux professionnels ayant participé à cette action en 2003, a montré que la plupart considèrent que les RESAD ont totalement ou partiellement répondu à leurs attentes. Cependant, il y a des disparités concernant notamment leur degré de satisfaction face à l'évolution des situations présentées.

Ainsi, les acteurs sanitaires ont tendance à dire que les situations présentées en RESAD ont évolué dans un sens positif, tandis que les acteurs sociaux ont plutôt tendance à considérer qu'il n'y a pas eu d'évolution ou que celle-ci s'est faite dans un sens négatif. Sachant que l'évaluation a été réalisée en février 2004, on peut penser que, sur le court terme, il est difficile de trouver des solutions notamment aux problèmes de logement très présents dans les situations analysées (difficultés qui touchent les acteurs sociaux) alors que les difficultés sanitaires trouvent plus rapidement des solutions à type de suivi. Seules des évaluations sur le plus long terme peuvent nous permettre de savoir si cette différence est susceptible de mettre en péril le travail pluridisciplinaire réalisé à l'échelle de la ville, tel que la RESAD le propose. ■

<sup>1</sup> NDLR

<sup>2</sup> Les Ateliers Santé-Ville (ASV), créés par le Comité Interministériel des Villes de décembre 1999, ont été mis en place ou sont en voie de l'être en 2004 dans plus de 90 villes de France.

## Actualités

### Nous avons lu

■ **Santé Mentale et Société.** *Dossier réalisé par Anne-M. Lovell*

*Problèmes politiques et sociaux, N° 899, Paris, La Documentation Française, avril 2004.*

Ce dossier s'efforce de définir la santé mentale et s'intéresse notamment aux facteurs sociaux qui la déterminent. Il tente de cerner les raisons pour lesquelles la « demande psy » explose depuis quelques années en France, et en décrit les principales manifestations.

### Agenda

■ **Maladie mentale et situations de handicap : évolution des concepts, innovations dans les pratiques**

53e Journées nationales d'étude organisées par la Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix-Marine

20, 21 et 22 septembre au Palais des Arts et des Congrès - Vannes.

Contact : FASM Croix-Marine-Tél 01 45 96 06 36 - Fax 01 45 96 06 05

■ **La santé mentale face aux mutations sociales**

Congrès international organisé par l'ORSPERE-ONSMP les 12, 13 et 14 octobre 2004 à l'E.N.S. - Lyon.

Renseignements et inscriptions : Tél. 04 74 67 47 86 - Mel [hubertguyotat@wanadoo.fr](mailto:hubertguyotat@wanadoo.fr)

■ **Prévention en Santé Mentale**

Journée nationale d'information et de réflexion sur les Clubs d'accueil et d'entraide organisée par la FNAP PSY et l'UNAFAM, vendredi 15 octobre au Ministère de la Santé, 8 avenue de Ségur - Paris.

Contact : A.C.E 24, Rue de Maubeuge, 75009 Paris - Tél./Fax 01 47 83 33 63.

■ **La Santé mentale en Population Générale: images et réalités**

2<sup>es</sup> Journées internationales du Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé, les 25, 26 et 27 octobre 2004 - Lille.

Renseignements et inscriptions : Tél. 03 20 62 07 28 - Mel [cocom@epsm-lille-metropole.fr](mailto:cocom@epsm-lille-metropole.fr)

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

**Comité de rédaction :**

- Guy ARDIET, psychiatre (St Cyr au Mont d'Or)
- Jean-Paul CARASCO, infirmier (St Maurice)
- François CHOBEAUX, sociologue (CEMEA Paris)
- Valérie COLIN, docteur en psychologie, Orspere
- Jean DALERY, prof. de psychiatrie (Univ. Lyon 1)
- Philippe DAVEZIES, enseignant, chercheur en médecine du travail (Univ. Lyon 1)
- Gilles DEVERS, avocat (Lyon)
- Bernard ELGHOZI, médecin (Réseau Créteil)
- Marie-Claire FILLOT, cadre socio-éducatif (Paris)
- Marie GILLOOTS, pédopsychiatre (Vénissieux)
- Alain GOUFFÈS, psychiatre (UMAPPP Rouen)
- Pierre LARCHER, DGAS
- Christian LAVAL, sociologue, Orspere
- Antoine LAZARUS, prof. santé publique (Bobigny)
- Monique LIPS, cadre socio-éducatif (Lille)
- Jean-Pierre MARTIN, psychiatre (Paris)
- Alain MERCUEL, psychiatre (St Anne Paris)
- Michel MINARD, psychiatre (Dax)
- Gladys MONDIÈRE, psychologue (Lille)
- Pierre MORCELLET, psychiatre (Marseille)
- Christian MULLER, psychiatre (Lille)
- Jean PERRET, président d'association (Lyon)
- Eric PIEL, psychiatre (Paris)
- Gilles RAYMOND, chargé de mission PJJ
- Christiane RICON, Directrice Etablissement Social
- Olivier QUEROUIL, conseiller technique fonds CMU (Paris).

**Contact rédaction :**

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



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

Impression et conception : Imprimerie BRAILLY (St-Genis-Laval) - Tél. 04 78 86 47 47

Tirage : 8 500 ex.

ISSN 1622 2032

TOUTE REPRODUCTION OU PHOTOCOPIAGE EST FORMELLEMENT AUTORISÉE.

## L'autre

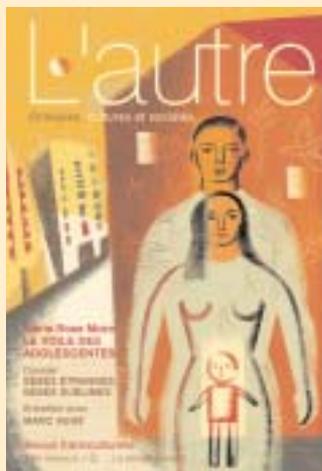
CLINIQUES, CULTURES ET SOCIÉTÉS

Revue transculturelle

Directrice scientifique : Marie Rose Moro

**Une revue pour penser autrement  
 la clinique et les grandes questions  
 qui traversent nos sociétés.**

Éditée par les Éditions La Pensée sauvage, **L'autre** est née en 2000 et couvre le domaine de la santé et des sciences humaines dans une approche transculturelle et multidisciplinaire (psychiatrie, psychologie, psychanalyse, médecine humanitaire, anthropologie, histoire, philosophie, sociologie...). Elle paraît trois fois par an.



### Bébés étranges, bébés sublimes 2004 ; Vol 5 (n°2)

**Editorial :** Marie Rose Moro : Le voile des adolescentes. Le regard de celles qui le portent.

**Entretien :** Marc Augé, Les prophètes et le métro.

**Dossier :** Bébés étranges, bébés sublimes

**Articles originaux :** ● Betty Goguikian Ratcliff, Nilima Changkakoti : Le rôle de l'interprète dans la construction de l'interculturalité dans un entretien ethnopsychiatrique. ● Rafael Miranda : Les frontières de la haine. A propos de l'altérité selon Cornélius Castoriadis.

**Débats :** Jean Benoist : Rencontres de médecines : s'opposer ou s'ajuster

**Actualités :** Léon Ouaknine : Le paradoxe de l'identité française. Entre universalisme et différencialisme

**Notes de terrain, Voyage des créateurs, Rencontre, Livres, Informations.**

**Rédaction**

[revue.lautre@laposte.net](mailto:revue.lautre@laposte.net)

**Editeur**

[penseesauvage@wanadoo.fr](mailto:penseesauvage@wanadoo.fr)

Sites : <http://monsie.wanadoo.fr/l.autre>

[www.clinique-transculturell.org](http://www.clinique-transculturell.org)

*Ces peintures, aimablement mises à notre disposition par Thierry Trăn, ont été réalisées dans le cadre de l'atelier d'arts plastiques de l'hôpital de jour MGEN à Rouen.*