

Temporalité perdue et temporalité retrouvée. A propos des modèles de prise en charge

Philippe-Jean PARQUET
Psychiatre, Professeur
émérite, Université de la
Santé – Lille II

Auteur du rapport
« Souffrance psychique et
exclusion sociale »,
Juin 2003

L'homme et la société sont des systèmes historiques caractérisés par leur inscription dans le temps. La méthode scientifique a, dans un premier temps et sous l'influence des théories descriptives, figé l'étude des vivants pour mieux en analyser les composants, l'instantanéité était de rigueur. La compréhension des systèmes complexes se faisait en arrêtant le système à un instant T.

Le dosage du glucose dans le sang disait si on était diabétique ou non. Il a fallu longtemps pour que l'on pratique l'hyperglycémie provoquée ce qui permettait de dire non pas comment était le système mais comment il fonctionnait. C'est la vie et le vivant dans ces variations temporelles qui pouvaient ainsi être abordés.

Autrefois, on faisait faire son portrait à une période de sa vie, maintenant on fait une photo, mais ce qui est intéressant, ce qui en dit plus long, c'est de voir les portraits d'une même personne, ou les photos aux différents âges de la vie.

Considérons maintenant l'impact de la prise en compte du temps dans deux espaces : celui des modalités de la prise en charge des personnes malades ou en situation de précarité d'une part, et d'autre part l'impact du temps dans chaque modèle de prise en charge.

L'évolution des modèles de prise en charge est à cet égard très démonstratif. Face aux difficultés des personnes, on les a d'abord considérées comme différentes, autres. *Le modèle de l'aliénation* conduisait à leur proposer une prise en charge « extraordinaire » avec ou sans l'espoir de les faire redevenir des personnes ordinaires.

Dans un second temps, on a découvert que ces personnes n'étaient pas si "extra-ordinai-

res", mais qu'elles n'étaient pas capables d'autonomie et de faire face aux exigences sociales. Le *modèle de l'assistance* était né avec pour objectif de fournir une compensation aux difficultés rencontrées. Mais ces personnes acquéraient alors un statut d'exception. Elles devaient être aidées, protégées ; elles étaient devenues des personnes à part, nécessitant des actions singulières et des dispositifs spécifiques. Dans un troisième temps, on a mis l'accent sur le fait que ces personnes avaient souffert de carences éducatives, sociales et matérielles qui ne leur avaient pas permis d'acquérir les compétences bio-psycho-sociales nécessaires à une vie autonome. On a proposé un *modèle réparateur* qui avait pour objectif de construire de nouvelles compétences.

Par la suite, on s'est rendu compte que cela n'était pas toujours possible. On a pensé que l'on pouvait construire par une intervention programmée de nouvelles compétences créées de toutes pièces. C'est *le modèle orthopédique* : la rééducation.

Chez certaines personnes, si ces compétences avaient été acquises, elles n'étaient plus utilisables pour des raisons diverses. *Le modèle d'activation des compétences et des ressources* a pour objectif de restaurer l'utilisation de ces compétences bio-psycho-sociales, de les rendre de nouveau actives, de les faire évoluer, de les rendre éventuellement plus performantes.

Enfin, on avait considéré autrefois qu'il fallait faire disparaître la maladie ou la situation de précarité et d'exclusion. Il fallait remettre en place des *méthodes compensatoires* telles que le RMI ou les allocations spécialisées. Maintenant, on se centre, de plus, sur les *déterminants*, les facteurs qui sont à l'origine des états pathologiques à des situations

dommageables. Une action directe sur les déterminants a été proposée avec deux sous objectifs : l'un visant à diminuer les facteurs pathogènes ou de vulnérabilité, l'autre à magnifier les facteurs de protection présents chez la personne.

La variation dans le temps de ces "modalités de prise en charge" témoigne de la variation dans le temps des conceptualisations de l'homme, de la société et de leurs rapports.

Lorsque l'on considère la maladie mentale, l'exclusion et la précarité, si on les resitue dans l'histoire d'un sujet, cela nous conduit à des prises en charge très différentes.

Une personne n'a pas toujours été dans une situation d'exclusion, si l'on prend cet exemple. Il faut tenir compte de ce que la personne a été avant son "entrée dans l'exclusion".

Cette conception nous permet de mieux comprendre *l'itinéraire de l'exclu*. Cela a plusieurs conséquences : d'abord s'intéresser à ce qu'était le sujet avant son "entrée dans l'exclusion", ceci permettant de dégager les facteurs de vulnérabilité antérieurement présents et les compétences sur lesquelles on pourra s'appuyer ultérieurement dans la prise en charge.

Il conviendra ensuite de prendre en compte la situation particulière d'exclusion, mais de garder à l'esprit que la personne pourra passer de l'exclusion à la précarité et qu'alors un autre projet d'aide et d'accompagnement devra être mis en place ; car sans cela on en reviendra à la situation d'exclusion.

Si on a pu provoquer une réinsertion par une réhabilitation des compétences bio-psycho-sociales, l'expérience de la précarité et de l'exclusion représente un facteur de vulnérabilité, une trace

Temporalité perdue et temporalité retrouvée.

A propos des modèles de prise en charge (suite)

qui demeure présente, et qui facilitera si on ne continue pas une certaine prise en charge, le retour vers l'exclusion.

On voit là que, pour une même personne au cours du temps, différents modes de prise en charge, différents dispositifs doivent être successivement mis en œuvre.

La question est maintenant de savoir pourquoi le temps et l'inscription dans le temps du sujet et

des prises en charge a été négligée. La multiplicité des dispositifs pour remédier à des situations caractérisées a contribué à considérer les personnes par fragments temporaires, à fragmenter l'assistance et l'aide, à atomiser le sujet dans ses états successifs.

Considérer la personne comme une personne historique est une condition absolue d'une approche pertinente et adéquate.

Organiser le réseau, les personnes, les dispositifs permet de conférer une histoire des modalités de prises en charge successives proposées à un même sujet. Cette continuité dans les différentes prises en charge aide la personne à garder pour elle-même la continuité de son histoire. ■

Le coin du clinicien

Grande précarité et mise à l'abri de l'intelligence

Jean FURTOS
Psychiatre,
Orspere-Onsmp.

La scène se passe dans un Centre d'accueil de jour pour gens de la rue. En analyse de la pratique, une intervenante sociale (chargée des dossiers RMI) évoque avec le psychiatre de l'institution une situation « impossible ».

Il s'agit d'un homme de 45 ans qui refuse un nouveau contrat RMI. En fait, il refuse toute communication avec l'intervenante : hyper excité, hypomane en permanence, il entre en logorrhée (parle sans arrêt) dès que l'on s'adresse à lui, avec une exacerbation motrice nette. L'imprégnation éthylique est considérable, la santé somatique très précaire, il vit réellement dans la rue avec une compagne.

Le psy dit ce qu'il comprend : manifestement cet homme ne peut ou ne veut rien entendre de ce que lui dit l'intervenante sociale, ce dont témoigne l'exacerbation motrice et verbale lorsqu'elle s'adresse à lui.

Comme cet homme semble écrire de temps en temps, le conseil est donné de s'adresser à lui par l'écrit. L'entretien suivant, l'intervenante sociale lui écrit quelques mots sur un papier : « *Mr X, est-ce que vous rendez compte que vous ne voulez pas m'écouter ?* » A sa stupeur,

l'homme s'arrête de bouger, interloqué, et répond avec des gestes très précis : il met ses deux mains devant ses yeux, puis ses oreilles et sa bouche, indiquant clairement que le message est bien reçu, et qu'il est contraint de se fermer par tous ses sens.

L'intervenante continue par une autre question : « *Qu'est-ce que veut dire écouter pour vous ?* »

En quelques minutes, cet homme écrit une page très dense et concentrée sur la parole et l'écoute, sur leur rôle majeur dans le rapport à l'autre et les causes possibles de la peur de parler, autour de la perte de confiance. Ce document, bien écrit, aurait pu servir de plan à un psychanalyste pour un séminaire de deux jours !

Pourtant, il n'avait jamais exercé de métier psy, sa seule activité professionnelle ayant été, autrefois, de travailler avec des personnes âgées en maison de retraite.

Bref, cet homme en hypomanie permanente, très détérioré en apparence, autant sur le plan somatique que mental, avait quelque part en lui une intelligence superbe, lucide (peut-être un surdoué ?), non accessible à la communication ordinaire (verbale).

La relation a pu se continuer par écrit et s'est orientée vers un retour professionnel en direction des personnes âgées. Il est décédé quelques mois plus tard, d'une complication somatique de l'alcoolisme.

Le type de ce cas clinique, qui n'est pas unique, suggère que les mécanismes de défense de certaines situations humaines (rencontrées dans la grande précarité) ne sont pas concernées par une psychopathologie de nature psychotique.

Il s'agirait plutôt d'une forme de clivage très serré où la partie saine du moi et l'intelligence sont mises à l'abri, et deviennent ainsi inaccessibles à la vie quotidienne, ce qui renforce la spirale de l'exclusion. Si l'on veut être plus technique, il s'agirait d'un clivage au moi plutôt que d'un clivage du moi, probablement traumatique.

Ce type de rencontre suggère également que, lorsque le contact est établi d'une manière ou d'une autre, il vaut mieux respecter les défenses très longtemps, sous peine de favoriser une fuite hors de la relation ou, plus grave encore, des décompensations parfois vitales. ■