



Millénaire3

Le Centre Ressources Prospectives du Grand Lyon

**« Comment vivre debout et avec autrui dans la société actuelle ? »**

*Interview de **Jean Furtos**, Psychiatre, Chef de service du secteur 69 G 09, directeur scientifique de l'Observatoire Régional sur la Souffrance Psychique En Rapport avec l'Exclusion - Observatoire National en Santé Mentale et Précarité (ORSPERE-ONSMP), situé à l'hôpital du Vinatier, Lyon-Bron. Propos recueillis le 13 février 2006 par Catherine Panassier.*

**Vous êtes directeur de l'ORSPERE-ONSMP. Cet observatoire anime, depuis 1993, un débat sur la santé mentale et l'exclusion. De quel constat est partie cette réflexion ?**

Nous sommes partis de l'écoute des professionnels sanitaires et sociaux qui se trouvent de plus en plus souvent face à des situations non catégorisables en l'état actuel des connaissances de la psychiatrie, et de l'écoute de la souffrance des individus qui se pose dans un contexte non réductible à une problématique psychiatrique. Cette souffrance indiscutablement psychique du point de vue de la personne qui l'éprouve, peut tout autant être qualifiée de sociale par ses déterminants et le contexte où elle apparaît. Cette situation représente un enjeu clinique qui interpelle les acteurs de la santé mentale. C'est à partir de ce constat que nous avons souhaité travailler sur les liens entre santé mentale et exclusion.

**Concrètement, quels sont les objectifs que vous poursuivez ?**

Nous en poursuivons quatre principaux :

- travailler à ce que les personnes confrontées à la souffrance en rapport avec l'exclusion, professionnels ou populations, puissent bénéficier d'un usage adéquat des systèmes de soins et de santé contribuant à une amélioration de la santé mentale ;
- construire un lieu de réflexion permanent facilitant le transfert, la capitalisation et la production de nouveaux savoirs et savoir-faire (interdisciplinaires et inter-institutionnels) à partir de la confrontation systématisée des différents champs du sanitaire, du social, de la justice, de l'éducatif et de l'insertion ;
- valoriser les connaissances, diffuser les informations à destination des citoyens et des populations concernées. Faciliter les échanges et le partage des savoirs entre populations et professionnels de santé. Plus particulièrement, une politique de prévention positive en matière de santé mentale doit être définie avec les populations, et non pas seulement pour elles. ;
- fondamentalement, l'objectif général est d'aider à ce que les personnes ne soient pas « couchées » et coupées d'autrui, mais « debouts », en contact avec elles-mêmes et avec autrui ; et ce, dans une société où les processus excluants sont à la fois peu visibles et très actifs, avec une forte tendance à l'atomisation des individus ;



**Millénaire3**

Le Centre Ressources Prospectives du Grand Lyon

## **Comment ces objectifs se concrétisent-ils ?**

Nous renforçons chaque jour notre intervention à travers :

- une mission d'appui à la demande de certains partenaires à l'échelle régionale, nationale et maintenant internationale (DDASS, DRASS, MRIE, Associations, Hôpitaux, élus locaux...);
- la mise en place de réseaux sanitaires et sociaux ;
- la participation et l'organisation de colloques nationaux et internationaux ;
- des actions de formation et d'information auprès des professionnels de première ligne (infirmiers, éducateurs, bénévoles, associatifs...).

## **Chaque année l'ORSPERE organise un séminaire d'importance où de nombreux experts se retrouvent. Quel thème avez-vous retenu pour 2006 ?**

Effectivement, nous organisons un séminaire résidentiel de recherche clinique chaque année. En 1999, nous avons retenu le thème « Pertinence d'une clinique de la désaffiliation ? » ; en 2000, celui de « Traumatisme et travail en contexte de précarité » ; en 2005, « Les élus locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique ». Pour 2006 / 2007, nous allons travailler sur « les troubles de voisinage envisagés comme un frein au vivre ensemble ». Nous aborderons ce thème sous l'angle des modes mineurs jusqu'aux modes majeurs à l'exemple des émeutes dans les quartiers. Pour ce travail, la fondation nationale des caisses d'épargne est notre partenaire privilégié.

Des publications diverses, et plus particulièrement, le bulletin national trimestriel Santé Mentale Précarité intitulé RHIZOME (débat, informations, données cliniques...) nous permettent aussi de donner des informations sur la progression des réflexions et de confronter les points de vue.

## **Qu'elles sont les autres recherches sur lesquelles vous êtes engagés ?**

Nous poursuivons notre réflexion sur la particularité des demandeurs d'asile et allons créer un réseau interculturel d'échanges. Nous allons également poursuivre notre travail avec les élus locaux et, à partir de la question de l'hospitalisation d'office, aborder plus largement le thème de l'implication des élus dans la prise en compte de ces phénomènes de souffrance psychique et de leur incidence sur le « vivre ensemble ». Le fait que les élus locaux s'investissent dans ce type de travaux démontre leur force éthique, leur désir d'agir et leur volonté de ne pas être coupés des réalités de leurs concitoyens. L'élu peut alors agir localement, mais également faire remonter ses préoccupations à l'échelon national et européen. Autre signe d'implication des élus, nous lançons une recherche sur « les nouvelles professionnalités en santé mentale en Europe » commanditée par le Conseil régional Rhône-Alpes.

## **Vos réflexions se retrouvent souvent sous le vocable de « clinique psychosociale », pouvez-vous nous préciser ce qu'il recouvre ?**

La clinique psychosociale est à la croisée de la santé mentale et du lien social. Elle se définit comme la prise en compte de la souffrance psychique lorsqu'elle apparaît sur les lieux du social, à l'occasion et autour de la perte des « objets sociaux » (travail, argent, logement pour l'essentiel). À ce niveau, la différence entre pathologie franchement psychiatrique et souffrance psychique n'est plus pertinente : on se trouve dans une filière sociale qui fait identité. Les formes cliniques d'expression de



la souffrance s'étaient sur la perte des objets sociaux et sur les formes d'aide et d'assistance qui y répondent.

**Il semble qu'au delà du concept de « clinique psychosociale », vous abordez aujourd'hui de plus en plus celui du « vivre ensemble ». Est-ce révélateur d'une évolution de vos réflexions ?**

Tout à fait, il s'agit d'un cheminement de pensée. Lors de nos premiers travaux, nous nous sommes focalisés sur la souffrance psychique qu'évoquaient les travailleurs sociaux. Ces derniers percevaient une souffrance individuelle d'origine sociale qui empêchait tout travail de réinsertion. Cette souffrance affectait les professionnels alors confrontés à leur propre incapacité d'action. C'est sur cette base que nous avons développé la clinique psychosociale. Il convenait de légitimer la souffrance psychique dans le champ social. Depuis 2004, nous avons élargi encore notre champ au-delà de celui du social, à celui du « vivre ensemble ». La grande question étant « Comment vivre debout et avec autrui dans la société actuelle ? ». On ne transforme pas les questions sociales et politiques en questions psychiatriques, mais on reconnaît leurs effets sur la souffrance psychique. On parle même aujourd'hui d'une « clinique de l'injustice », pour reprendre le terme du philosophe Emmanuel Renault. Ainsi, nous mettons la psychiatrie au service de la santé mentale. Cependant, on ne tombe pas dans le compassionnel. La souffrance vécue peut être une source d'action ; être branché sur cette souffrance, c'est aussi un indice de réalité.

**Où ce moteur peut-il conduire ?**

Personne ne le sait vraiment à ce jour. C'est un défi de civilisation, on est dans un « entre deux » et il faut tenir ce temps sans tomber dans la dépression ou pire dans l'auto-exclusion. La mondialisation, vécue comme le principal ennemi d'aujourd'hui, sera peut-être le remède de demain. Les choses se jouent à la fois dans le local et le mondial. Il faut tenir les deux. La situation est complexe face aux phénomènes de repli ou de totalitarisme et la partie n'est pas gagnée. Mais, on tente de résister, de construire, d'écrire et de décrire sans entrer dans une dénonciation qui en rajouterait au climat persécutoire actuel.

**La « clinique psychosociale » et plus globalement la question « du vivre ensemble » conduisent les professionnels de la psychiatrie à appréhender différemment leur métier. N'assistons nous pas, après la sectorisation, à une nouvelle évolution significative de la psychiatrie publique ?**

Nous sommes effectivement à un tournant. Les pratiques, c'est bien connu, anticipent toujours les lois. Nous vivons une décentralisation de l'Etat vers les élus locaux sans que les transferts de compétences ne soient légalement mis en place. Néanmoins c'est une réalité. L'état se désengage et le plan santé mentale du gouvernement se révèle plus être un ensemble d'orientations, un cadre d'actions plutôt qu'une politique structurée assortie des moyens nécessaires à sa mise en œuvre. Concrètement pour les praticiens de la psychiatrie, cette ouverture de la psychiatrie sur le « vivre ensemble » induit une révision des modalités ordinaires d'admission aux soins psychiatriques et une lecture psychodynamique des modalités de souffrance qui se déploient sur les lieux du social et dans la société dans son ensemble. Elle nécessite une définition claire de la place et de la fonction des uns et des autres, « psy » et « non psy », face à cette souffrance autant psychique, que sociale ou sociétale.



**Les pathologies, comme les thérapies, sont-elles de fait, plus diverses ?**

Les maladies sont effectivement sujettes à évolution. Les névroses ou psychoses d'aujourd'hui ne sont pas celles d'hier. Aujourd'hui, il y a toute une frange de souffrances qui ont comme caractéristique d'être liées à une composante sociale, de se traduire par une diminution de la capacité d'agir et donc d'être à l'origine de la dépression. Dans ces cas, prescrire un antidépresseur ou envisager une psychothérapie traditionnelle est totalement inutile. L'accompagnement de la personne est de loin la solution à privilégier. Celui-ci peut être le moyen d'aider la personne mais aussi, et peut-être surtout, de prévenir un désespoir plus grand qui peut conduire à des formes d'aliénation et d'auto-exclusion.

**En octobre dernier, la sortie du livre noir de la psychanalyse a généré de multiples débats opposant la psychanalyse aux courants cognitivistes, que pensez-vous de cette opposition ?**

Il y a bien longtemps que les professionnels en psychiatrie ont dépassé ce type de querelles et que l'intérêt (et les limites) de chacune d'entre elles est admis. Ne perdons pas d'énergie dans de fausses questions.