



## Quand « malaise social » rime avec « souffrance psychique »

*« Quand l'homme connaît les Pourquoi, il peut supporter tous les Comment » disait Nietzsche. Or, aujourd'hui, il est bien difficile de comprendre le monde dans lequel on vit. Cette incompréhension serait-elle une source de l'actuelle souffrance psychique de la population ?*

Cette fiche de synthèse a pour objet d'apporter un éclairage sur l'importance de la souffrance psychique, aujourd'hui véritable phénomène de société.

---

### SOMMAIRE

#### Parler du malaise voire du mal-être des Français devient banal.

- Une société comme « expérience du changement imprévisible », sans projet collectif, laisse l'individu à son autonomie
- Une autonomie trop lourde à porter
- Une population qui souffre
- Souffrance psychique : simple malaise pour les uns, maladies lourdes pour d'autres...
- La précarité source de souffrance psychique
- La souffrance psychique : un phénomène particulièrement inquiétant chez les jeunes générations
- La souffrance psychique, dans son actuelle massivité, devient un enjeu majeur de société

#### La psychiatrie remise en cause

- La société sur le divan
- La psychiatrie est aujourd'hui plus sollicitée pour apaiser un corps social en souffrance que pour soigner des malades
- Les psychiatres dépriment
- La psychiatrie doit s'adapter à ses nouvelles pathologies entre social et santé
- Le plan psychiatrie et santé mentale 2005/2008
- L'émergence de la clinique psychosociale : Interview de Jean Furtos, Psychiatre, Chef de service du secteur 69 G 09, directeur scientifique de l'ORSPERE
- Approche globale et accompagnement individualisé : deux concepts qui se développent

#### Des expériences locales à la croisée des champs du social, de la santé et du politique

- Les élus locaux se mobilisent : Intervention de Gérard Collomb, Sénateur Maire de Lyon
- L'interface SDF de la Ville de Lyon : Interview de Michel Bon, psychiatre et responsable de l'interface SDF
- Interface 9<sup>ème</sup> arrondissement : Question à Myriam Buffet, chef de projet mission santé-handicap
- Les Conseils Locaux de Santé Mentale : Question à Carène Labry, médiatrice de réseaux socio-sanitaires



## Quand « malaise social » rime avec « souffrance psychique »

**Parler du malaise, voire du mal-être, des Français devient banal.**

### **Une société comme expérience du changement imprévisible, sans projet collectif, laissant l'individu à son autonomie**

Le monde bouge et très vite. La société évolue sans que les citoyens aient prise sur ces mutations et sans que le sens de ces évolutions soit clairement défini et de fait partagé. La société ne sait pas vraiment où elle va. Pour Christian Laval de l'ORSPERE, « nous quittons peu à peu un régime de progression annoncée où l'avenir de la société est pensé *mécaniquement* de façon positiviste, où la Science avec un grand S va nous aider à résoudre tous les problèmes qui se présentent. La progression n'est plus systématique ». La mondialisation ou l'universalisation croissante d'un côté, et la libération des individus ou l'autonomisation de l'autre, semblent triompher dans la société, dans l'entreprise comme dans la vie privée. Néanmoins, ces magnifiques conquêtes de l'homme moderne ont profondément ébranlé les fondations de notre vivre ensemble. Les normes de notre vie sociale et les règles de la société ont changé. Elles ne sont plus obéissance, discipline, conformité à la morale mais flexibilité, changement, rapidité de réaction, etc. On demande aujourd'hui aux individus de l'autonomie et de la capacité à décider et à agir par soi-même. Et, on n'a sans doute pas encore tout à fait pris la mesure de ces transformations profondes dans la normativité sociale. Maîtrise de soi, souplesse psychique et affective, capacités d'action font que chacun doit endurer la charge de s'adapter en permanence à un monde qui perd précisément sa permanence, un monde instable, provisoire, fait de flux et de trajectoires en dents de scie. La lisibilité du jeu social et politique s'est brouillée. Ces transformations institutionnelles donnent l'impression que chacun, y compris le plus humble et le plus fragile, doit assumer la tâche de tout choisir et de tout décider (1). Le rapport social d'aujourd'hui apparaît psychologisant parce qu'il fait appel à quelque chose de « personnel » alors qu'avant il était « encadré ». Tout cela met l'individu tout au long de sa vie en situation d'incertitude existentielle, le poussant à toujours se remettre en cause, à s'interroger sur son devenir, à trouver en soi, les ressources de son action. Cette réflexivité invite à une incessante interrogation sur soi et sur le sens de sa vie. Cette mobilisation permanente de l'individu sommé de réussir sa vie par lui-même, produit une « pathologie particulière : la fatigue d'être soi ».

### **Une autonomie trop lourde à porter**

Le sociologue Alain Ehrenberg fait le constat d'un niveau d'exigence d'autonomie insupportable pour l'individu. Il évoque un déclin névrotique qui correspond à une montée de la souffrance et de la dépression plutôt qu'une délivrance des exigences sociales (2). Il pose ainsi les limites de l'autonomie et d'un projet de libération qui rend notre place précaire et nous accable de responsabilités nécessitant un soutien et un accompagnement personnel. Le passage de la discipline à l'injonction de se produire soi-même n'a pas desserré la contrainte sociale générant au contraire une pathologie du changement, de l'action, de la responsabilité et de l'insuffisance. La dépendance sociale est à la libération psychique et à l'initiative, ce que la folie était à la loi de la raison : un soi que l'on n'est jamais assez (l'insécurité identitaire), une exigence d'action à laquelle on ne répond jamais assez (l'indécision de l'inhibé, l'action non contrôlée de l'impulsif).



## Une population qui souffre

Ainsi, les Français vont mal, ils ont peur, ne veulent plus bouger et disent « non » à chaque changement proposé. Car, si pendant longtemps, le changement était désirable parce qu'il était lié à l'horizon d'un progrès qui devait se poursuivre indéfiniment et d'une protection sociale qui ne pouvait que s'étendre, il est aujourd'hui appréhendé bien différemment. En effet, la crainte de la chute et la peur de ne pas s'en sortir l'emportent nettement sur l'espoir d'ascension sociale. Nous n'aurions plus que les méfaits du changement, méfaits que les mots « vulnérabilité », « fragilité » et « précarité » résument. Nous changeons, certes, mais nous n'avons plus le sentiment de progresser. La pensée de la perte possible ou avérée des objets sociaux (le travail, l'argent, le logement, la formation...) devient omniprésente. Cette peur de perdre génère une perte de confiance en soi même et en autrui, en l'avenir et dans la société. L'absence de sens à donner à sa vie et l'impression d'inutilité accroissent encore les sentiments d'insécurité et de malaise. Or, on le sait aujourd'hui, ces sentiments impactent notre santé et notamment génèrent de la souffrance psychique. En effet, notre santé ne dépend pas seulement des progrès des services de santé et de la biotechnologie mais aussi et, peut-être surtout, de nos conditions de vie, de nos histoires et comportements de vie et de la perception de notre situation sociale.

### **On connaît aujourd'hui l'importance des déterminants économiques, sociaux, affectifs et symboliques sur l'état de santé d'une population.**

L'épidémiologiste anglais, Mc Keown, a démontré que les causes principales de la chute de la mortalité au XIXème siècle en Angleterre, étaient liées à l'amélioration des conditions de vie : baisse de la pénibilité et de la durée du travail, meilleure alimentation, revenus plus élevés et meilleur logement (3). Des études conduites plus tard en France confirmaient cette approche. L'observation de l'état de santé des pays, suffisamment développés pour disposer de statistiques exploitables, montre que la santé de la population est fortement liée à la capacité des hommes à créer et à distribuer des richesses. Ceci apparaît avec évidence lorsque l'on examine la liaison entre espérance de vie à la naissance et le PIB par habitant. Plus celui-ci est élevé, plus en moyenne l'espérance de vie est grande. Un second constat est qu'à niveau de prospérité égal, la santé est meilleure dans les pays où la distribution des richesses est plus équitable.

La condition sociale est tout aussi influente. G.Desplanques, dès le début des années 1970, a démontré que les inégalités d'espérance de vie n'ont pas d'explication strictement médicale. Elles varient fortement en fonction des catégories professionnelles. Plus on se rapproche du sommet de l'échelle sociale par l'instruction et le revenu, plus on vit longtemps. Les comportements et les styles de vie liés à la condition sociale ont également un impact important. On boit et on fume davantage, on s'alimente plus mal dans les classes défavorisées. La probabilité de mourir entre 35 et 60 ans illustre une inégalité majeure : les professeurs ont moins de 7 possibilités sur 100 de décéder entre 35 et 60 ans alors que les manœuvres ont plus de 25 sur 100. Cependant, il n'y a pas de maladies de pauvres à proprement parler, mais une moindre capacité de ceux-ci à se défendre contre les agressions extérieures, une vulnérabilité plus importante.

Les histoires de vie ont également un impact majeur sur la santé des individus. L'histoire de vie se compose d'événements vitaux (naissance, maladie, accident...), affectifs (amour, mariage, séparation...), familiaux (naissance d'enfants, décès d'un parent...), professionnels (examen, embauche, perte d'emploi...), des événements financiers, juridiques ou bien encore des engagements artistiques, intellectuels, religieux, politiques et enfin des mouvements dans l'espace (changement de lieu de vie). Les cliniciens insistent sur l'effet péjoratif d'un événement de vie malheureux sur la constitution ultérieure de certaines maladies et notamment des cancers. Il a été démontré qu'une femme ayant vécu le deuil d'un proche a davantage de risque de développer un cancer du sein (4). La surmortalité réelle des veufs et veuves par rapport aux personnes mariées du même sexe et de même âge a été également démontrée. Des études tendent à établir des liens étroits entre deuil et maladies cardio-vasculaires (Karprio et Koskovo, 1983), pour les tumeurs bénignes (Horne et Picard, 1979), mais aussi hyperthyroïdie, lupus érythémateux, arthrite rhumatoïde, ulcère, etc.



Enfin, le vécu de sa position professionnelle et de sa position sociale est aussi un déterminant fort, positif ou négatif, de la santé. Le sentiment de maîtriser son activité professionnelle, d'en comprendre la signification et la finalité, la satisfaction intellectuelle, le prestige social associé au travail sont des facteurs puissants de protection. À l'inverse, le fait d'être pauvre, de se sentir pauvre, d'être perçu comme pauvre est un facteur péjoratif important pour la santé somatique. La confiance en l'avenir, l'estime de soi, les réseaux d'échanges avec les autres, la satisfaction au travail, la conscience d'utiliser au mieux ses capacités, la maîtrise de son environnement, la liberté de ses choix, le sens donné à sa propre vie, la conscience de son utilité ou la dignité, sont autant d'états mentaux favorables à une bonne santé. À l'inverse le mépris subi, la honte et le sentiment d'inutilité, peuvent induire une mauvaise santé. Ce sont ces stimuli affectifs négatifs qui constituent « la souffrance psychique ». Il s'agit du domaine de la personne symbolique qui influe sur la vulnérabilité des personnes.(5)

## **Souffrance psychique : simple malaise pour les uns, maladies lourdes pour d'autres...**

Aujourd'hui, si l'on voulait définir la souffrance psychique, on pourrait dire qu'elle se situe quelque part (on ne sait pas bien où) entre malaise social et maladie mentale. On pourrait parler d'état psychique marqué par des troubles d'humeur, de l'anxiété ou de l'adaptation. Pour D.Anzieu, le point commun de personnes en souffrance psychique est une « sensation diffuse de mal-être, sentiment de ne pas habiter sa vie, de voir fonctionner son corps et sa pensée du dehors, d'être le spectateur de quelque chose qui n'est pas sa propre existence ». Mais il n'existe pas de définition précise. La souffrance psychique est à l'interface des champs de la santé et du social. L'évolution de la société impacte l'état de santé mentale de l'ensemble de la population mais n'atteint pas les individus de façon homogène. En effet, l'impact reste très lié à la personne et à l'histoire individuelle de chacun. Certains sont plus vulnérables et notamment les jeunes, les personnes âgées et ceux en situation de précarité. Il est maintenant acquis que dans une population défavorisée, la fréquence des troubles psychiques sévères (manifestations d'angoisse, phobies, dépressions majeures) est beaucoup plus grande que dans la population en générale. À titre d'exemple, les symptômes évoquant une dépression sévère surviennent avec une fréquence de près de 20% chez les hommes RMIstes contre moins de 3% en population générale (5).

## **La précarité source de souffrance psychique**

La précarité accroît la vulnérabilité des individus et devient alors elle même un facteur de surmorbidity et de surmortalité. Dès les années 1990, le Haut Comité de la Santé Publique insistait sur l'attention à porter à différents publics particulièrement touchés : les familles monoparentales (14% des foyers français sont monoparentaux), les étrangers et les français d'origine étrangère, les personnes âgées, l'enfance et la jeunesse, et les « sans ».

Les « sans », les sans-travail, sans-domicile fixe, sans-droits, sans-papiers et même par abus de langage les sans-santé mentale, sont probablement les publics les plus touchés (5). L'alcoolisme des personnes sans domicile fixe est un fait révélateur. En 1997, sur 266 personnes sans-abri interrogées par l'association Vie Libre, 69% déclaraient boire tous les jours en moyenne 4,3 litres d'alcool (6). L'accroissement de la précarité génère un accroissement de la souffrance psychique. Il convient donc de mesurer l'évolution de la précarité pour anticiper l'accroissement des phénomènes de souffrance psychique. Or, notre région, bien que plus riche que d'autres régions françaises, connaît aussi un accroissement sensible de la précarité. Entre 2000 et 2004, le nombre de ménages en situation financière difficile augmente et se



concentre en milieu urbain (7). Les jeunes sont plus souvent que les autres en situation de pauvreté : 30 % des allocataires de moins de 30 ans sont dans cette situation. Ce taux n'est que de 24,7 % pour les allocataires de plus de 50 ans et de 20,9 % pour les adultes entre 30 et 49 ans. Le nombre d'allocataires du RMI a particulièrement augmenté : en décembre 2004, les Caf de la région Rhône-Alpes ont compté 76 595 allocataires du RMI dans les 8 départements. C'est le chiffre le plus important enregistré dans la région depuis la création de la prestation en 1989. Le phénomène n'est pas localisé puisqu'au niveau national les Caf de métropole ont recensé à la même date 1 061 005 bénéficiaires, niveau jamais atteint dans tout l'historique de la prestation. Sur un an, la hausse est de 9,1 % dans la région. Sur deux ans, elle atteint 16,6%. Les taux régionaux d'évolution sont supérieurs à la moyenne nationale puisque les Caf de métropole enregistrent respectivement 8,8% et 14,2% de hausse du nombre de bénéficiaires (8).

#### Évolution du nombre de bénéficiaires du RMI. CAF Rhône-Alpes

	Bénéficiaires RMI 12.2002	Bénéficiaires RMI 12.2003	Bénéficiaires RMI 12.2004	Bénéficiaires 2 ans 2002-2004	Évolution 1 an 2003-2004
Ain	3 575	3 923	4 209	17,7%	7,3%
Ardèche	3 497	3 689	4 059	16,1%	10,0%
Drôme	6 596	7 135	7 779	17,9%	9,0%
Isère	11 469	12 152	13 367	16,6%	10,0%
Loire	8 759	9 179	9 770	11,5%	6,4%
Rhône	23 691	25 613	28 296	19,4%	10,5%
Savoie	3 208	3 374	3 477	8,4%	3,1%
Haute Savoie	4 906	5 159	5 638	14,9%	9,3%
Métropole	929 268	975 272	1 061 005	14,2%	8,8%

Sources : Note de conjoncture sociale n°8, 2<sup>ème</sup> semestre 2005

#### La souffrance psychique : un phénomène particulièrement inquiétant chez les jeunes générations (5)

Jamais comme aujourd'hui l'adolescence n'a été si longue et les adolescents si nombreux. L'état de santé d'un nombre important d'entre eux est préoccupant. Les symptômes de leur mal-être sont multiples et leur souffrance psychique peut apparaître dans de nombreuses circonstances, parfois de façon insidieuse. Cette souffrance demeure mal définie, car elle recouvre des troubles du comportement de nature très diverse associés à des conduites toxicomaniaques, des passages à l'acte et une agressivité considérés comme des équivalents dépressifs. Les difficultés sociales, la désagrégation familiale, mais aussi l'échec scolaire doivent alerter précocement. Certains éléments sont révélateurs comme l'absentéisme scolaire, la consommation d'alcool et de drogues ou le repli sur soi. Il a été démontré que l'absentéisme scolaire régulier, qui touche 21% des garçons, va de pair avec la consommation d'alcool, de tabac ou de drogue. Globalement en France, à 15 ans, seulement un adolescent sur deux ne consomme ni alcool, ni tabac, ni drogue et 7%





consomment les trois produits. Le mal-être psychologique occupe une place importante. Sur une liste proposée de six plaintes somatiques, 20% des jeunes en connaissent souvent plus de trois. Près du quart des jeunes ont des idées suicidaires, dont 9% de façon fréquente, et 6.5 % ont fait une tentative au moins. Les idées et les conduites suicidaires semblent plus liées au vécu subjectif qu'à des conditions objectives. Les raisons de souffrance évoquées par les jeunes en difficulté sont essentiellement la honte, la perte de l'estime de soi et l'absence de sens à leur vie. Et même si les jeunes non scolarisés sont ceux qui connaissent le plus de problèmes de santé, c'est un état de santé médiocre qui concerne l'ensemble de la population jeune.

## **La souffrance psychique, dans son actuelle massivité, devient un enjeu majeur de société**

D'après les études conduites pour l'OMS, les troubles psychiques touchent 400 millions de personnes dans le monde. Dans son rapport 2001 sur la santé dans le monde, l'OMS rappelle qu'une personne sur quatre présente un ou plusieurs troubles mentaux ou du comportement au cours de sa vie, quels que soient les pays considérés. Devant l'importance du phénomène, l'OMS, lors de la campagne de promotion de l'année de la santé mentale en 2001 « Psychiatrie citoyenne » a développé des principes de soins de qualité pour tous, d'accès le plus précoce possible et de lutte contre l'exclusion sociale des personnes qui (en) sont malades. En France, un quart des patients qui consultent en médecine générale présente une souffrance en relation avec un problème de santé mentale (troubles du sommeil, anxiété, dépression...). Environ trois millions de personnes présentent chaque année un épisode dépressif. Le Haut Comité de la Santé publique estime que la souffrance psychique est actuellement, dans le domaine de la santé, le symptôme majeur de la précarité et son ampleur ne peut être ignorée dans la mise en place de dispositifs de prise en charge médico-sociale. Elle concerne un nombre considérable de personnes qui sont objectivement, ou qui se sentent menacées, par l'évolution de la société. Le Haut Comité de la Santé Publique estime que 20 à 25% de la population totale vivant en France soit 12 à 15 millions de personnes connaissent une situation de précarisation. Chaque année en France, 160 000 personnes font une tentative de suicide et 11 000 en meurent. Le suicide est la 2ème cause de mortalité chez les 15-24 ans après les accidents de la route et la 1ère cause de mortalité chez les 25-34 ans (5). En Rhône-alpes, on compte environ mille suicides par an (ORS).

**En médecine de ville, le nombre de recours aux soins pour troubles de la santé mentale – regroupant troubles névrotiques et psychotiques, anxiété, dépression, troubles de l'enfance et troubles du sommeil – s'accroît pour l'ensemble des médecins généralistes et spécialistes :** près de 49 millions de recours de septembre 2001 à août 2002 contre 44 millions sur la même période deux ans auparavant.

Le nombre de consultations par les psychiatres en ville est passé de 13,4 millions en 1992 à près de 16 millions en 2001 (+ 19,4%).

Le dispositif public spécialisé en psychiatrie suit aussi davantage de personnes : 1,1 million de personnes adultes vues en 1999, soit +56 % de 1989 à 1999.

Les traitements ambulatoires sont largement prédominants sous des formes diversifiées (consultations, ateliers thérapeutiques). Plus de huit patients sur dix ont bénéficié de prises en charge ambulatoires.

Pour les enfants et adolescents, en particulier, on observe une forte augmentation du recours aux dispositifs spécialisés de soins de santé mentale. Entre 1991 et 2000, le nombre global de jeunes suivis en psychiatrie infanto-juvénile a presque doublé, passant de 254 700 à 432 000. (Direction générale de la santé)



## La psychiatrie remise en cause

### La société sur le divan

La psychologie est aujourd'hui omniprésente dans notre société. Le « psy » est entré dans la cellule familiale, dans l'entreprise, dans le monde de l'action sociale, de l'éducation, de la justice... On va aujourd'hui chez le « psy » comme on va chez le coiffeur, il est devenu banal « de se faire suivre », de « voir quelqu'un ». La psychologie est convoquée au moindre fait marquant de l'actualité pour écouter, expliquer, rassurer... Le concept de « cellules psychologiques » est aujourd'hui bien rodé. Les magazines spécialisés fleurissent et se portent plutôt bien (le magazine « psychologie » a triplé ses ventes ces dernières années). L'édition connaît, sur ce thème, la même évolution. L'attrait pour les livres consacrés au développement personnel, aux relations de couples ou mères - enfants, aux psychothérapies... rencontrent un grand succès. Sigmund Freud et Françoise Dolto restent parmi les plus belles ventes en librairie et les facultés de psychologie regorgent d'étudiants (9). Les activités de bien être, thalassothérapies, hammam, massages, yoga, relaxation... ont le vent en poupe. Les salons « nature et bien-être » (à l'exemple du salon Primevères à Lyon) et le commerce des produits de santé et de connaissance de soi sont également en pleine expansion.

### La psychiatrie est aujourd'hui plus sollicitée pour apaiser un corps social en souffrance que pour soigner des malades.

Ainsi, la psychiatrie est de plus en plus sollicitée pour intervenir dans le champ du social, de la société. Dans un article de L'Express paru le 18/07/2005 Delphine Saubaber recueillait les propos du Dr Daniel Zagury, chef de service au centre psychiatrique du Bois-de-Bondy, expert psychiatre (10). Celui-ci montre ô combien la souffrance sociale est aujourd'hui reportée sur la psychiatrie comme le prédisait le psychiatre David Cooper dans les années 1960 : "La psychiatrie avale tout ce que la société vomit". « La psychiatrie est aujourd'hui plébiscitée, devenue la bonne à tout faire de la société ». Pourquoi certains individus sont-ils durablement hospitalisés dans nos services? C'est parfois moins la gravité de leurs symptômes que la gêne qu'ils occasionnent dans une maison de retraite, un foyer... De manière générale, on demande à la psychiatrie non plus de soigner les malades, mais d'apaiser un corps social en souffrance. ... Car tout se soigne, désormais, aussi bien le chagrin que les maladies mentales ou les troubles de la personnalité. Ceux qui étaient autrefois de mauvais garçons sont devenus des sujets à soigner à tout prix. Cette extension de la psy va de pair avec un glissement de responsabilité. On le voit à chaque fait divers: le psy est interpellé, tour à tour comme trop répressif ou laxiste. La question n'est plus « Que faire? », mais « A qui imputer ?... » Nous ne sommes plus dans un registre de culpabilité dicté par une norme judéo-chrétienne, mais dans un registre d'idéal à atteindre, de réalisation de soi, de bonheur, d'exaltation généralisée de la volonté de puissance ». Pour le Docteur Zagury, cette évolution se fait au détriment des *vrais fous*. « C'est un paradoxe terrible : tout le monde a son psy, sauf les fous, vu l'état d'abandon de la psychiatrie publique. »



## **Les psychiatres dépriment**

Les « psy » sont donc appelés à soulager les maux des individus mais aussi ceux de la société. Cette injonction de soin et de solutions rapides, voire magiques, donne une image déformée de la nature même de la psyché et des interventions en matière de santé mentale. Le « psy » doit être performant pour soulager les maux de la société, des personnes atteintes de mal-être mais aussi des individus souffrants de maladies mentales plus importantes. Or, on ne soigne pas le mal-être social et encore moins de profondes névroses ou psychoses comme on soigne un diabète, une entorse ou un ulcère. On ne peut décréter un temps d'hospitalisation nécessaire pour une dépression comme on le fait pour la pose d'une prothèse de hanche. La psychiatrie reste une science humaine qui demande de la sécurité et du temps. Or, aujourd'hui, les professionnels eux-mêmes se retrouvent dans des situations de grande instabilité et partagent un fort sentiment d'impuissance. René Kaës (11) souligne l'importance de la souffrance des soignants devant l'impératif du soin et des conditions de sa réalisation. « Les institutions de soins psychiques sont le lieu de diverses souffrances psychiques où les mécanismes de projection et les identifications projectives massives, la paralysie et la sidération, l'agitation et l'activisme, à quoi il faut ajouter l'apathie, sont des moyens de défenses utilisés pour ne pas souffrir et ne plus penser ».

## **La psychiatrie doit s'adapter à ses nouvelles pathologies entre social et santé**

L'évolution des attentes des usagers, la multiplication des troubles pour lesquels sont désormais sollicitées les équipes de psychiatrie ainsi que le nombre des personnes concernées, imposent de repenser la politique de santé mentale pour englober les besoins des personnes dans leur dimension sanitaire, sociale, familiale et professionnelle. Le développement des alternatives à l'hospitalisation et la mise en place d'articulation avec les acteurs du champ social et médico-social sont aujourd'hui un enjeu d'évolution majeur pour la psychiatrie. Néanmoins, cette évolution ne peut s'envisager sans une amélioration de la qualité de l'accueil et des soins à l'hôpital. Conjuguer ces deux axes de développement, veiller à une meilleure répartition territoriale des capacités de soin, ainsi qu'améliorer la recherche et la formation sont les grands enjeux de la psychiatrie publique.

### **Autre enjeu : anticiper la longévité des maladies**

Grâce aux progrès de la médecine, on ne peut pas soigner toutes les maladies, mais on peut vivre avec elles de plus en plus longtemps en freinant leur évolution. La psychiatrie est probablement la spécialité qui a la plus grande expérience en matière de gestion des maladies dans la durée. Cette expérience peut être utile pour la prise en compte de l'accompagnement des malades dans la durée qui s'impose désormais à l'ensemble des soignants. « Le diabète, l'hypertension, la dépression, la schizophrénie, sont des maladies qui peuvent durer 20, 30, 40, 50 années. On ne peut pas les guérir ; on ne guérit pas de ces maladies. Mais si on travaille bien, on les aura très longtemps. Les systèmes de santé en général, dans le monde entier, ne sont pas du tout préparés pour faire face à cela. Peut-être, de tous les domaines de la médecine, les psychiatres sont ceux qui ont la plus longue expérience de vivre avec les malades à long terme. Mais, même ici, on commence à avoir des situations inexistantes il y a un demi-siècle, comme, par exemple, des personnes avec la trisomie, à 50, 60 ans et plus. Si les systèmes de santé ne se transforment pas pour gérer ça, ce sera le chaos total. Les malades n'auront pas ce dont ils ont besoin et le système sera complètement irresponsable ». José Emmanuel Bertolote, congrès ORSPERE.





## **Le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 (12)**

Le 4 février 2005, Philippe Douste-Blazy alors Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille, a présenté les grands axes du plan "psychiatrie et santé mentale 2005-2008". Le Ministre a rappelé que ce plan s'adressait à la fois aux patients souffrant de maladie mentale et aux professionnels du secteur psychiatrique, médicaux et non médicaux. *"Ma volonté est aujourd'hui d'apporter une réponse construite avec l'ensemble des acteurs, non seulement pour la santé publique, mais aussi pour notre société"*, a-t-il précisé. Ainsi le lien entre santé mentale et vie sociale était-il reconnu. Ce plan prévoit de relancer les investissements en faveur de l'hôpital psychiatrique, d'augmenter les moyens humains, d'améliorer la formation des infirmiers et de développer l'offre sociale et médico-sociale. Les services d'accompagnement à domicile et la création de « clubs » d'entraide sont particulièrement soutenus. Un effort particulier porte sur l'action en faveur des détenus et sur l'amélioration de la prise en charge de la dépression et la lutte contre le suicide. Il donne des perspectives et un nouveau souffle aux acteurs intervenant en psychiatrie, bien que, pour beaucoup de professionnels, les moyens restent encore trop limités.

## **L'émergence de la clinique psychosociale**

Si le plan psychiatrie et santé mentale marque l'ouverture de la psychiatrie dans la sphère sociale, il ne définit pas pour autant précisément ce qu'elle recouvre. Cette interaction peut se retrouver sous la notion de clinique psychosociale. L'ORESPERE-ONSMP a été l'un des premiers acteurs à en définir les contours et à valoriser cette notion.

**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.  
*Entretien réalisé par Catherine Panassier en février 2006.*

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

**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 que du concept de « clinique psychosociale », vous abordiez 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. Ces dernières réduisent la capacité d'agir et provoquent donc un rapport à la dépression. Mais 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.

*Retrouvez l'intégralité de l'interview sur [millenaire3.com](http://millenaire3.com)*

### **Approche globale et accompagnement individualisé : deux concepts qui se développent**

Les interactions entre le social, voire le sociétal et le soin impliquent une approche transversale des phénomènes comme des individus. La définition de l'OMS, qui élargit le champ de la santé à celui du bien être, les orientations du dernier plan de santé mentale du gouvernement français, l'émergence de la clinique psychosociale, et le travail de nombreuses équipes sur le terrain illustrent cette évolution. L'intérêt est d'aborder des questions transversales ou frontières à différents professionnels, pour ensemble, penser des problématiques et construire des politiques communes à tous, mais qui restent particulières à chacun. Ainsi, l'objectif est d'élaborer des réponses concertées pour la population, notamment sur des territoires donnés, comme pour l'accompagnement de personnes dans leurs parcours individuels. La tendance est ainsi au travail interdisciplinaire entre les acteurs du champ social et de celui du soin. Et aujourd'hui il peut difficilement en être autrement. En effet, notre société basée sur l'individu, nécessite de fait la mise en place d'assistance



individuelle, de soutien personnel tout au long de la vie pour faire face aux changements incessants (2). Un individu aujourd'hui, c'est de l'autonomie assistée de multiples manières pour produire une individualité susceptible d'agir par elle-même et de se modifier en s'appuyant sur ses ressorts internes.

### **Des expériences locales à la croisée des champs du social, de la santé et du politique**

#### **Les élus locaux se mobilisent**

La santé mentale, au sens plein de ce terme, a une incidence directe sur le bien vivre ensemble, ce qui légitime la préoccupation active des élus. (9) La santé mentale est une obligation nationale, sa prise en charge relève de l'État. Mais elle concerne aussi les élus locaux car elle pose la question du « vivre ensemble », du bien-être collectif. Les pathologies mentales constituent un problème de santé publique considérable qui devrait encore s'aggraver en fonction de l'évolution des conditions de vie. L'OMS prédit que la troisième maladie de l'avenir sera la dépression. En tant que politique publique, la santé mentale ne peut se constituer qu'en prenant en compte les enjeux de société d'aujourd'hui. De fait, elle intéresse aussi la politique locale : mal-être, dépression, passage à l'acte, désaffiliation sociale, réhabilitation et réinsertion des patients sont des préoccupations sociales contemporaines dont les élus ne peuvent s'exempter. La ville de Lyon l'a bien compris. Elle a été la première à créer une interface, c'est-à-dire un travail en réseau entre les professionnels de la santé et du social en faveur des personnes SDF. Elle soutient également l'action des Conseils Locaux de Santé Mentale et s'est engagée auprès d'autres élus de l'agglomération dans le séminaire de la DIV et de l'ORSPERE sur l'implication des élus en matière de santé mentale. Parce qu'ils peuvent exercer un pouvoir d'interpellation, de convocation, de régulation, de médiation en ce qui concerne les situations, les réseaux et les initiatives de santé mentale, les élus locaux sont légitimes dans l'intégration de la question de la souffrance psychique dans leur domaine de compétence. De plus, ils sont directement impliqués en matière d'hospitalisation d'office. En effet, la loi du 27 juin 1990 indique qu'il revient désormais au maire, et par extension à ses adjoints, à l'exception de Paris où les commissaires de police détiennent cette compétence, de prononcer les arrêtés relatifs à l'Hospitalisation d'Office (HO) des personnes qui, par leur état de santé mentale, représentent un danger imminent pour la sûreté des personnes. En France, entre 1992 et 2001 ces HO sont passées de 6631 à 9625 par an.

#### **Intervention de Gérard Collomb, Sénateur, Maire de Lyon, Président du Grand Lyon en ouverture du congrès de l'ORSPERE en octobre 2001.**

*« Je tiens à souligner l'intérêt d'une réflexion de fond sur les troubles de santé mentale que peut générer l'évolution de nos sociétés où le stress se développe dans toutes les couches de notre société parce que l'individu a de plus en plus de mal à se situer par rapport à un monde en constante évolution, mais en particulier dans la partie de la population la plus précarisée dont il remet en cause l'insertion dans notre société ». A cette occasion, Gérard Collomb a également rappelé la nécessaire implication des élus locaux « ces élus de proximité sont en prise directe avec les publics concernés et l'ensemble des dispositifs chargés de ces questions ». Il a aussi évoqué le fait qu'il y a dans notre métropole, notamment grâce à l'ORSPERE, un « environnement particulièrement propice à l'émergence à Lyon d'une vraie politique en direction de la santé mentale ». Et, il a ainsi conclu : « nous entendons faire des questions de santé mentale de vrais éléments de politique publique ».*



## L'interface SDF de la Ville de Lyon

**Michel Bon**, psychiatre, responsable de « l'interface SDF » de Lyon.

*Propos recueillis par Catherine Panassier en janvier 2006.*

### **« Il n'y a pas de SDF heureux »**

#### **Qu'est-ce que « l'interface SDF » ?**

« L'interface SDF » s'adresse aux dispositifs sociaux et sanitaires qui ont en charge les sujets en situation de précarité, d'errance, d'exclusion et de désaffiliation. C'est une unité mobile qui se déplace à la demande des intervenants sociaux. Son objectif est de permettre l'accès aux soins, dans le cadre du droit commun, des populations Sans Domicile Fixe, puis par extension aux « précaires ». L'interface mène un travail de psychothérapie en milieu non-psychiatrique.

#### **Quelles sont les missions de l'interface SDF ?**

Nous avons quatre missions principales. La première est d'orienter et accompagner vers le soin. Il s'agit d'une phase PRE-THERAPEUTHIQUE et c'est notre principal objectif : développer l'idée de se soigner, faire croître l'envie de se soigner chez les personnes dont la première préoccupation n'est pas la santé mais de satisfaire des besoins de base de survie. Apporter un soutien aux diverses structures d'accueil et d'hébergement, tisser des liens entre les instances concernées et développer une recherche épidémiologique pour améliorer les réponses à partir d'une connaissance plus précise des besoins, sont nos trois autres missions.

#### **Pourquoi avoir créé un tel dispositif ?**

L'origine du projet remonte aux années 93/95. Face à « l'invasion » des SDF en gare de Perrache, les intervenants sociaux ont alerté les pouvoirs publics. La Ville de Lyon, et tout particulièrement l'Adjoint au Maire délégué aux affaires sociales, Jean-Michel Dubernard, et le responsable du service solidarité, Marc Maule, ont alors voulu, en collaboration avec les services de la DDAS, mettre en place une prise en charge globale des personnes. L'idée était de stopper les mécanismes trop naturels de renvoi des personnes de service en service entre les champs du soin et du social. Le Docteur JP.Vignat de Saint Jean de Dieu s'est alors fortement investi pour que ce projet devienne réalité. Ce n'était pas chose simple, il fallait constituer une équipe souhaitant « travailler autrement ». Néanmoins, le projet s'est concrétisé en 1997. Lyon fut la première ville française à créer un tel dispositif, Lille puis Paris se sont également mobilisées quelques années plus tard.

#### **Ainsi le premier enjeu de l'équipe d'interface est-il de mettre en place une prise en charge globale des personnes ?**

Tout à fait. Nous avons à faire à un public pour qui, toute action univoque est vouée à l'échec. Il est indispensable de conduire une action de partenariat synchronisée, active, adaptée, faisant appel à la pluridisciplinarité. Chaque intervenant prenant sa place dans la globalité de l'action.

#### **Qui compose cette équipe et comment intervient-elle ?**

Nous sommes quatre à composer cette équipe : deux infirmiers à temps plein, un psychologue à mi-temps et moi-même, psychiatre, à mi-temps également. Psychologue ou psychiatre, dans un premier temps, nous intervenons de la même façon auprès des personnes SDF.

L'équipe est MOBILE. Les intervenants sociaux nous appellent et nous allons sur place. Après une première rencontre de l'intervenant social, nous rencontrons, si besoin, la personne en souffrance pour effectuer un diagnostic et créer un premier lien. Ensuite, nous partageons ce diagnostic avec l'équipe de travailleurs sociaux pour construire un univers entre les différents lieux de vie de la personne : l'accueil de jour, l'accueil de nuit, le restaurant social, le centre de soin.... le plus adapté possible. Cet univers ainsi structuré doit permettre à la personne d'être accompagnée dans son quotidien et dans la durée.

#### **Quels sont les lieux où l'interface intervient ?**

Nous intervenons dans les différents lieux d'accueil des personnes SDF ou en grande précarité. Les lieux qui leur sont spécifiquement consacrés et notamment les accueils de jour et de nuit des diverses associations (Notre Dame des Sans-Abri, Armée du Salut, Train nuit, Entraide protestante, les Petits



Frères des Pauvres, Péniche Accueil, les Restos du Coeur...) mais aussi dans les services municipaux (Antenne d'urgence sociale...) ou encore les urgences des hôpitaux (Saint Joseph, Edouard Herriot, Hôtel Dieu...).

### **Quelles sont les principales caractéristiques des personnes que vous rencontrez ?**

L'immense majorité des personnes SDF est en détresse et en souffrance, mais elles ont un accès possible à la gestion sociale (logement même provisoire, allocation, soin...). L'interface intervient pour la prise en charge de 110 à 120 personnes par an dont 90 nouvelles chaque année. Le plus souvent en grande exclusion, les personnes que nous rencontrons sont en majorité des hommes (80%), elles ont entre 40 et 50 ans et ont une forte consommation d'alcool (jusqu'à 8 litres par jour).

C'est une population en état de survie psychique et vitale, une population en souffrance, il n'y a pas de SDF heureux. Leur souffrance est inconsciente, seules les réactions à la souffrance peuvent être conscientes. Elle devient la réalité intime du sujet, elle ne se représente pas, elle se verbalise encore moins. Au plus elle se projette sur la scène publique désignée comme coupable et persécutrice. JUNG écrivait « Tout ce qui ne vient pas à la conscience, revient sous forme de destin ». Cette souffrance peut classiquement se métamorphoser dans le symptôme névrotique ou dans le délire qui subjective le rapport au monde par sa dé-réalité.

Les symptômes ne sont pas seulement ceux d'une maladie mais aussi de la souffrance psychique exacerbée par le malaise social. D'ailleurs, la majorité des sujets ne sont pas identifiés comme « malades psy », ils présentent généralement des troubles adaptatifs à une situation de crise, à un changement d'hébergement ou de lieu d'accueil. Ils se présentent comme des personnages avec des originalités de vie ou de survie ; ils sont souvent emportés dans un processus d'abandon avec tout son cortège de dépression, de somatisation, de plaintes hypochondriaques, de persécution, avec en corollaire la crainte de représailles, beaucoup de haine et de déni. Les personnes SDF malades psychiatriques sont majoritairement schizophrènes (1). Souvent victimes, elles sont avant surtout dangereuses pour elles-mêmes.

### **Quel rapport au soin de cette population entretient-elle ?**

Pour les personnes en très grande précarité, la question de la santé est lointaine. Leur vie se limite à la notion de survie immédiate. Ce qui est important c'est d'assurer les bases : manger, boire, dormir, fumer et s'habiller. Le recours aux urgences devient la norme : les individus vont jusqu'au bout de leurs forces et tombent sur la voie publique, ce qui en conséquence, les place en situation d'être emmenés sans avoir à le demander car demander c'est se dévoiler, devenir honteux, transparent (les exclus sont si souvent confrontés à des déballages de leur biographie).

### **L'hospitalisation est-elle le meilleur moyen pour envisager une thérapie ?**

L'accueil des personnes SDF s'organise sur l'année à partir des trois hôpitaux psychiatriques de l'agglomération lyonnaise : En juillet et en août, les personnes SDF sont accueillies à Saint Cyr, de septembre à décembre à Saint Jean de Dieu et de janvier à juin au Vinatier. Cependant, nous tenons compte de l'affiliation à un service quand les personnes sont connues, « référencées » dans l'un des hôpitaux.

Je reste néanmoins persuadé que l'hôpital est souvent le pire endroit de survie et de soin pour les personnes SDF car c'est un lieu clos, aux règles nécessairement rigides. La personne SDF psychotique existe dans sa différence, sa déviance, sa solitude et sa résistance à la classification sémiologique.

### **À votre avis, comment soigne-t-on au mieux les personnes SDF ?**

L'entretien classique reste le mode d'intervention privilégié des soignants en psychiatrie. Et, il ne faut pas minimiser l'immense apport des neuroleptiques et des anti-dépresseurs qui, en accompagnement d'une thérapie, permettent de soigner plus vite et mieux certains patients.

### **Quels éléments permettraient d'enrayer ce phénomène de souffrance psychique dans la population que vous côtoyez ?**

La présence de malades mentaux dés-institutionnalisés dans la rue est un fait. Une autre réalité est que le nombre de sujets souffrants de pathologies mentales et confinés dans la filière de l'exclusion ne cesse de croître, qu'ils s'agissent de malades mentaux ou de personnes en état manifeste de souffrance psychique ou qui ont un fonctionnement psychique particulier. Cette population inadaptée à la filière de l'exclusion engendre des dysfonctionnements multiples qui interdisent tout espoir d'intégration et font endurer aux patients une vie indigne. La psychiatrie ne doit pas psychiatriser la misère. Cependant, la disparition des fonctions asilaires (en 10 ans, on a fermé 50% des lits sans





mettre en place les moyens d'un accès aux soins en « milieu ouvert ») rend évidente l'absence de lieux d'hébergements adaptés à ces sujets fragilisés. Ces derniers ont besoin à la fois d'un cadre de vie très souple et paradoxalement de relations étayantes et structurantes que seuls peuvent offrir des professionnels qualifiés qui ne soient pas eux-mêmes en situation de précarité : pensions de famille, lieux de vie, résidences sociales, appartements collectifs, CHRS éclatés, tous les espaces intermédiaires entre le grand groupe structuré, souvent trop coercitif et la survie dans l'isolement.

Notre société, ses valeurs et ses médias n'aident pas non plus à limiter les phénomènes de souffrance psychique. Le bonheur et le plaisir sont aujourd'hui deux notions confondues, or une « Porsche », même si elle peut procurer du plaisir n'amène pas le bonheur. Ce dernier est à chercher ailleurs dans l'estime et la construction de soi et dans ses relations aux autres. Nous, et notamment les élus, devrions probablement nous en rappeler chaque jour...

(1) Schizophrénie : Psychose caractérisée par une dissociation des différentes fonctions psychiques et mentales, accompagnée d'une perte de contact avec la réalité et d'un repli sur soi.

## Interface 9<sup>ème</sup> arrondissement

Devant l'importance des manifestations de souffrance psychique sur les lieux du travail social et la complexité de l'articulation entre les champs du social et de la psychiatrie, l'Adjoint à la santé a souhaité doter la ville de Lyon d'un outil pluridisciplinaire de santé mentale. Des rencontres inter-partenaires régulières entre le centre Hospitalier St Cyr, la mission Locale, l'Inspection Académique, les services de Prévention Spécialisée et Enfance du Conseil Général du Rhône, et la DDASS animées par la Cellule du Contrat Local de Sécurité de la Ville de Lyon et le service Développement Social Urbain lui ont donné corps. Le 9<sup>ème</sup> arrondissement a été retenu comme site d'expérimentation en raison des événements de violence survenus en décembre 1997 dans le quartier de la Duchère. Le projet s'est mis en place en 1999. L'objectif opérationnel est de soutenir les professionnels du quartier confrontés aux phénomènes de souffrance psychique et de violence et de développer des liens entre l'Hôpital Psychiatrique de secteur et les professionnels pour optimiser les prises en charge des personnes présentant des troubles psychiques. L'Interface 9<sup>ème</sup> permet de prévenir et de préparer le retour sur le quartier des habitants ayant fait l'objet d'une hospitalisation et de mettre en place une méthode d'intervention du Centre Médico Psychologique pour les cas repérés. L'association REGIS, en lien avec le Centre Hospitalier de Saint Cyr au Mont d'Or, assure l'animation du dispositif. L'équipe est composée d'un médecin psychiatre et de deux travailleurs sociaux. Le chef de projet de la mission santé-handicap de la Ville de Lyon est l'interlocuteur privilégié de l'équipe. Un comité de suivi technique bimestriel et un comité de pilotage annuel réunissant aussi les décideurs (ville de Lyon, DDASS, Conseil Général du Rhône, Mairie du 9<sup>ème</sup> arrondissement) garantissent le fonctionnement du dispositif. Un dispositif similaire a été créé dans le huitième arrondissement de Lyon.

**Myriam Buffet**, chef de projet de la mission santé-handicap de la Ville de Lyon.

*Propos recueillis par Catherine Panassier en janvier 2006*

### **Qu'elles sont pour vous, les principales évolutions que vous ayez noté dans l'exercice de votre mission ces cinq dernières années ?**

La volonté politique des élus d'agir dans le domaine de la santé est de plus en plus forte. La précarité se développe et les problèmes de santé qui lui sont liés réagissent sur d'autres problématiques (économique, logement, social...). Ainsi les élus locaux se trouvant confrontés à des situations difficiles et concrètes sur leur territoire, ne peuvent donc pas écartés ce domaine, même si ce n'est pas de la compétence des communes.



Au niveau de la mission santé-handicap de la ville, j'ai noté une progressive et véritable évolution. Celle-ci est un référent en matière de santé tant pour les partenaires internes que les autres institutions et acteurs locaux.

La dernière évolution que je voudrais souligner, et qui rejoint le thème de la souffrance psychique, est l'importance que prennent les problèmes de santé mentale. Il y a là un immense chantier à poursuivre. En effet, quand les pompiers ne se déplacent plus pour la 21<sup>e</sup> tentative de suicide d'une personne, que peut faire l' élu ? La mise en place des « Conseils Locaux de Santé Mentale » par les hôpitaux et les élus locaux dans les arrondissements de Lyon permet d'aborder cette question et de rechercher conjointement avec les partenaires concernés des réponses à ce type de question.

*Retrouvez l'intégralité de l'interview sur [millenaire3.com](http://millenaire3.com)*

## **Conseils Locaux de Santé Mentale**

Un Conseil Local de Santé Mentale est une instance qui réunit différents partenaires d'un territoire donné. Généralement présidé par un élu de l'arrondissement ou de la commune et organisé par le secteur local de psychiatrie publique, il se réunit plusieurs fois par an. L'objectif est de permettre l'émergence de politiques de santé mentale et de tendre vers une culture commune de la santé mentale sur chacun des territoires concernés. La création et les objectifs d'un Conseil Local de Santé Mentale peuvent être différents d'un territoire à un autre. Ils dépendent de l'histoire des secteurs et des liens existants. Mais, en tout lieu, il doit permettre la connaissance ou la reconnaissance des professionnels travaillant dans le champ de la santé mentale, être un lieu d'information, d'échanges, de mise en œuvre d'actions partenariales... À l'exception du Conseil de Givors créé plus tôt, l'ensemble des Conseils Locaux de Santé Mentale du Rhône se sont mis en place à la fin des années 90 et au début des années 2000. Aujourd'hui, une dizaine de Conseils fonctionne dans le Département, à Givors, Villeurbanne, Caluire, St-Fons / Vénissieux, Ecully / Limonest, Anse / Lamure sur Azergue / Le Bois d'Oingt, Lyon 1<sup>er</sup>, 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> et 8<sup>ème</sup> arrondissements. Périnatalité, souffrance des jeunes, manifestations de la maladie mentale dans la cité, accès aux soins, santé mentale et prévention, intégration et citoyenneté des personnes handicapées psychiques adultes, logement et isolement... sont autant de thèmes de travail abordés dans ces Conseils.

**Carène Labry**, médiatrice de réseaux socio-sanitaires – Secteur de Psychiatrie Infanto-Juvenile 69101 – Co-coordinatrice des Conseils Locaux de Santé Mentale de Lyon 1<sup>er</sup>, 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> arrondissements.  
*Propos recueillis le 19 janvier 2006 par Catherine Panassier en janvier 2006*

### **Vous exercez votre mission depuis cinq ans, quels sont les principaux enseignements que vous en retirez ?**

La création des Conseils Locaux de Santé Mentale est venue renforcer, structurer et légitimer le travail de partenariat local qui existait sur les territoires. Leur création a permis aussi d'aller plus loin qu'un travail en commun sur des cas repérés en permettant aux partenaires de prendre du recul et de se doter d'une culture commune pour construire, dans la durée, une véritable politique locale de santé mentale territoriale.

*Retrouvez l'intégralité de l'interview sur [millenaire3.com](http://millenaire3.com)*



## Tableau ressources

### Acteurs

#### **ORSPERE-ONSMP**

Observatoire Régional sur la souffrance Psychique en rapport avec l'exclusion-  
Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité.

Jean Furtos

95, boulevard Pinel

69677 Bron Cedex

**Tél** : 04 37 91 53 90

**Fax** : 04 37 91 53 92

**Web** : [www.ch-le-vinatier.fr/orspere](http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere)

**Email** : [orspere@ch-le-vinatier.fr](mailto:orspere@ch-le-vinatier.fr)

#### **Secteur de psychiatrie Infanto-Juvenile de Lyon centre**

Contact : Carène Labry

Secteur 69-01 27, rue Victor Hugo

69002 Lyon

**Tél** : 04.72.77.15.20

**Fax** : 04.72.77.15.21

**Web** : [www.ch-le-vinatier.fr](http://www.ch-le-vinatier.fr)

**Email** : [Carene.LABRY@ch-le-vinatier.fr](mailto:Carene.LABRY@ch-le-vinatier.fr)

#### **Mission Rhône-Alpes d'Information sur l'Exclusion (MRIE)**

Patrice Sauvage

14, Rue Passet

69007 Lyon

**Tél** : 33 (0)4 37 65 01 93

**Fax** : 33 (0)4 37 65 01 94

**Web** : [www.mrie.org](http://www.mrie.org)

**Email** : [mrie@mrie.org](mailto:mrie@mrie.org)

#### **Observatoire Régional de la Santé en Rhône-Alpes**

Olivier Guye

9, quai Jean Moulin

69001 Lyon

**Tél** : 04 72 07 46 20

**Fax** : 04 72 07 46 21

**Web** : [www.ors-rhone-alpes.org/](http://www.ors-rhone-alpes.org/)

**Email** : [martine.dreneau@ors-rhone-alpes.org](mailto:martine.dreneau@ors-rhone-alpes.org)

#### **Association Vie Libre**

Jean Allion, responsable départemental

7, chemin Hector Berlioz

69120 Vaulx en Velin

**Tél** : 04 26 65 36 13

**Email** : [cdrhone@vielibre.org](mailto:cdrhone@vielibre.org)

**Web** : [http://vielibrerhone.free.fr/sections/sections\\_intro.htm](http://vielibrerhone.free.fr/sections/sections_intro.htm)



## Ouvrages

### **(1) Précarité et souffrance de l'individu autonome dépourvu d'un soutien institutionnel**

Jean Zin

<http://perso.wanadoo.fr/marxiens/perso/> juin 2001

### **(2) La fatigue d'être soi. Dépression et société**

Alain EHRENBORG

Editions Odile Jacob - 1998 - 318 p.

### **(3) The Role of the Medecine : Dream, Mirage or Nemesis ?**

T. Mc Keown

Oxford, Basil Blackwell, 1979.

### **(4) Adverse life events and breast cancer : case control study.**

C.Chen

BMJ 311, 1995.

### **(5) La progression de la précarité en France et ses effets sur la Santé**

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

Haut Comité de la santé publique

Ed ENSP, Avis et Rapports, Février 1998.

### **(6) Enquête de 266 personnes sans-abris**

Association Vie libre, 1997

### **(7) La mesure des phénomènes de pauvreté en Rhône-Alpes**

Contribution au diagnostic de PRAPS 2003/2006

DRASS/ORS, Décembre 2003.

### **(8) Note de conjoncture sociale n°8**

DRASS/CAF 2eme semestre 2005

### **(9) La pensée éclatée**

Revue Sciences Humaines, N°167, janvier 2006

Un ensemble d'articles divers et complémentaires présentés sous la forme d'un dossier.

### **(10) Interview du Dr Daniel Zagury**

«On demande à la psychiatrie d'apaiser un corps social en souffrance»

L'Express du 18/07/2005. Propos recueillis par Delphine Saubaber

### **(11) Souffrance psychique et violence de civilisation**

René Kaës, Psychanalyste lyonnais, professeur émérite de psychologie à l'université Lumière Lyon II.

Revue Rhizome, juillet 2001.

### **(12) Psychiatrie et santé mentale**

Plan 2005-2008 du Ministère de la Santé



**Santé mentale, ville et violences**

Michel Joubert  
Ed érès, octobre 2003

**Répondre à la souffrance sociale**

Michel Joubert et Claude Louzoun  
Ed érès mai 2005

**Pour une politique de prévention**

C.Dejours  
Rapport au ministre de la santé, 1982.

**Le sang nouveau est arrivé. L'horreur SDF**

Patrick Declerck,  
Gallimard, octobre 2005

**Guide pour s'aider soi-même**

Antoine Pelissolo.  
Ed Odile Jacob, coll. 2006

**Guérir le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse**

David Servan-Schreiber  
Poche, février 2005

**La déprime des psychiatres**

Article de Gilbert Charles  
L'Express du 14/11/2002.

*Ressources associées sur millénaire 3.com*

Guide

**Santé mentale et logement - Guide pratique**

Logement banalisé : comment agir utilement pour l'usager et son environnement ?  
Voilà la question à laquelle ont essayé d'apporter des réponses tous les rédacteurs  
de ce guide, réunis en atelier par le Grand Lyon à l'occasion de l'élaboration du 2<sup>e</sup>  
PLH de l'agglomération lyonnaise.

Le guide est destiné aussi bien aux spécialistes de la santé mentale, qu'à tous les  
acteurs intervenant sur le logement.

Grand Lyon 2006  
Millenaire3.com

Ouvrages

**Le livre noir de la psychanalyse. Vivre, penser et aller mieux sans Freud**

Catherine Meyer  
Les Editions des Arênes, 2005





## **Psychiatrie et folie sociale**

Jean-Paul Arveiller

Études, recherches, actions en santé mentale en Europe.

Collection dirigée par Claude Louzoun, janvier 2006.

### Interviews

**Jean Louis Terra, psychiatre**, chef de service à l'Hôpital Psychiatrique du Vinatier, août 2003

**Jean-François Valette, Responsable de l'association Aides Alcool**, novembre 2003

**Michel Bon**, psychiatre responsable de « l'interface SDF » de Lyon  
« Il n'y a pas de SDF heureux », janvier 2006

**Myriam Buffet**, Chef de projet santé/prévention, ville de Lyon « *...je voudrais souligner...l'importance que prennent les problèmes de santé mentale dans la ville* », janvier 2006

**Carène Labry**, co-coordinatrice des Conseils Locaux de Santé Mentale de Lyon « *Au niveau local, à l'exception d'un conseil qui existe à Givors depuis 1982, les différents conseils locaux de santé mentale ont été mis en place dans les années fin 1990/2000* », janvier 2006

**Jean Furtos**, psychiatre, directeur de l'ORSPERE-ONSMP « Comment vivre debout et avec autrui dans la société actuelle ? », février 2006

**Michel Servillat**, pédo-psychiatre « *Les enfants sont les premières victimes de notre société qui les fait grandir trop vite* », février 2006.

**Jean Cottraux**, psychiatre « *Vulnérabilité aux troubles psychiatriques : on estime à 40% la part des facteurs génétiques et à 60% le rôle des événements singuliers* », janvier 2006

### Fiches

Plan Santé mentale 2001

Plan santé mentale 2005-2008

Conseils Locaux de Santé Mentale

Interface 9