



# Quand la psychiatrie est confrontée à l'intolérance sociale

Jean-Pierre  
Martin

Psychiatre,  
Chef de service,  
Hôpital Esquirol,  
Saint Maurice.

**La psychiatrie est quotidiennement interpellée pour des troubles du comportement que sont les troubles de voisinage. Or ces catégories sont sociales et ne sont pas en soi des symptômes psychiatriques. Le psychiatre est donc convoqué comme expert pour trier ce qui relève d'une pathologie au même titre que pour un délit pénal. Cette extension appelle une réflexion sur l'usage social de la psychiatrie comme outil d'ordre public banalisé. Elle interroge également le niveau de socialité de la société et l'état du lien social. En tant que praticien de la psychiatrie, elle amène à questionner la nature et le sens de la notion de soin et de ses dispositifs, ainsi que les rapports entre la finalité soignante et la fonction d'expertise.**

L'extension de la fonction d'ordre public de la psychiatrie va donc bien au-delà de l'expertise pénale et du soin sous contrainte ; elle questionne le sens généraliste du travail de secteur et de l'obligation de moyens de la psychiatrie publique dans l'accueil de la souffrance psychique du sujet dans une situation contextuelle, donc de la place des tiers dans le soin.

L'obligation de moyens ne peut être une obligation de résultat, ce qui amène à préciser la place soignante dans l'obligation de soin.

L'obligation de soin intervient quand le trouble psychique entraîne une désorganisation du sujet telle qu'il n'est plus en mesure de reconnaître la nécessité des soins et d'exercer pleinement son libre arbitre. Mais cette obligation n'est pas synonyme automatiquement de contrainte, ce qui la

confronte à la nécessité d'un accès aux soins qui se travaille avec les tiers concernés par cette désorganisation. Ces tiers sont le plus souvent dans la dramatisation et les fantasmes de dangerosité du sujet « fauteur de trouble ».

C'est une des fonctions du secteur, traiter l'ordre public comme une négociation et non comme une répression a priori.

Comment négocier avec l'irrationnel est de la compétence du psychiatre, mais pas seulement, car les tiers sont eux-mêmes dans des engagements subjectifs ou irrationnels forts (la peur du fou reste dominante dans les mentalités). Comment, par exemple, les équipes de psychiatrie négocient la sortie d'un patient de l'hôpital psychiatrique vers sa famille ou vers un logement ? Comment assument-elles un suivi ? Les obstacles sont inscrits dans les idéaux et les appareils normatifs de la société, mais aussi dans le fonctionnement des dispositifs psychiatriques.

Les idéaux relèvent des valeurs liées à la socialisation et la culture, les appareils à des instruments de coercition. Les idéaux sont du côté du travail sur le lien social, les appareils du côté de la sanction de la loi et des outils de répression. Le politique rejoint et se confronte ici à la pratique de l'action politique et à son administration d'Etat.

Or nous sommes aujourd'hui dans une situation de remise en cause grave des différents niveaux et des différentes fonctions sur le plan législatif, avec la loi de prévention de la délinquance, les textes sur la récidive ou sur la protection des victimes qui mettent l'accent en priorité sur la répression. La loi de prévention de la délinquance généralise la pénalisation accrue de ce que l'on nomme troubles de voisinage, mêlant des situations très différentes qui vont de la violence directe étendue aux violences conjugales et aux nuisances de l'environnement. Cette naturalisation du trouble de voisinage s'étend aux patients de la psychiatrie, voire même au dispositif quand un quartier refuse l'installation d'un centre médico-psychologique ou d'une structure de soins pour toxicomanes. Elle aboutit à une conception de la santé mentale essentiellement répressive.

Le fonctionnement du secteur psychiatrique reste centré sur ses propres normes et finalités insti-

tutionnelles déterminées par l'hospitalisation. Il se modifie quand les équipes s'engagent auprès du patient et des tiers dans la vie sociale par la permanence de l'accès aux soins et la continuité des soins, mais cette pratique reste minoritaire et soumise à de fortes contradictions.

L'extension de son champ par le développement de la politique de secteur a diversifié ses approches d'accès aux soins et les traitements ambulatoires, et cette ouverture a confronté au quotidien l'équipe de soins à d'autres formes de souffrances psychiques, psychologiques et sociales. La réponse soignante est donc sortie de la seule hospitalisation. Mais elle se réalise sans que les législations de contrainte aient significativement évoluées. En effet, en France, la réforme de la loi du 30 Juin 1838 par celle du 27 Juin 1990 n'a pas dissocié l'obligation de soin de la question de l'ordre public.

Pour argumenter cette introduction, nous allons présenter plusieurs situations concrètes et les commenter.

- Une patiente, suivie par le CMP pour des symptômes paranoïaques, a trouvé un équilibre aléatoire chez elle, avec un travail relativement stable et la participation à des activités culturelles dans une association de quartier. Ses rapports avec le voisinage de l'immeuble demeurent distants mais sans incidents majeurs. Cette situation se détériore brutalement avec l'arrivée de nouveaux voisins qui ont acquis leur logement au prix fort de l'immobilier parisien. Est-ce l'inquiétude de la patiente de voir apparaître ces nouveaux venus ? Est-ce celle de ces derniers quand ils apprennent ses antécédents par les autres résidents de l'immeuble ? Un problème de courrier mal distribué entraîne un clash verbal. 48 heures après, la patiente arrive en HO à l'hôpital au nom d'antécédents qui remontent 15 ans en arrière : elle avait jeté un pot de fleur dans la cour pour protester contre l'attitude de la gardienne.

- Un homme SDF dort sur un matelas qu'il range soigneusement tous les matins sur le palier d'un 6<sup>e</sup> étage. Depuis plusieurs mois, il est toléré, voire aidé, par les locataires de l'étage, manifestement par compassion pour sa situation, avec la règle implicite qu'il ne dérange pas. Son histoire est celle

d'une dégringolade sociale à la suite d'un divorce, pas d'une pathologie, ce que le voisinage immédiat avait bien perçu. L'arrivée d'une nouvelle gardienne qui le considère comme une nuisance entraîne une intervention de la police un jour où il s'est alcoolisé mais sans comportement tapageur. Il se montre agressif avec les agents venus l'expulser et arrive en HO à l'hôpital pour « alcoolisme dangereux ». Aucune symptomatologie psychiatrique manifeste n'est alors trouvée, mais la levée de l'HO va se heurter à son manque de domicile.

- Il y a 20 ans, dans une cité de la sidérurgie du Nord, une femme est internée à la demande du maire, à la suite d'une exhibition à sa fenêtre. Son mari est décédé quelques mois avant et ses 3 enfants adolescents traversent une période difficile, « laissés à eux-mêmes ». Une pétition du voisinage a entraîné la décision du maire. Mais ici, il y a une suite : le maire, que nous avons contacté, nous convie à une réunion de quartier. Nous expliquons le secret médical à la réunion en faisant part de notre préoccupation sur les conditions de l'hospitalisation. Il apparaît que le mari défunt n'appartenait pas au même syndicat, à l'usine, que ses proches voisins, mais surtout de la déshérence des jeunes sans perspectives de travail qui ont commis en bande des larcins dans une superette commerciale proche. La réunion se termine par une nouvelle pétition demandant qu'elle soit soignée au dispensaire et la levée de l'hospitalisation.

- Dans un séminaire organisé par une société d'HLM où nous intervenons, la plainte des employés tient à l'absence de réponse en urgence de l'équipe psychiatrique quand un patient a été sorti de l'hôpital vers un logement HLM et présente à nouveau des troubles.

**La question du niveau de tolérance sociale** est clairement en cause dans l'ensemble de ces vignettes. Elle se retrouve dans le constat d'un maire d'une commune de la proche banlieue de Paris qui se plaint de la montée de l'intolérance : dans sa commune, les associations de locataires gèrent depuis plusieurs dizaines d'années les conflits de voisinage. Depuis 2 ans, celles-ci sont délaissées et le moindre tapage entraîne l'appel à la

police par le voisinage proche, sans la moindre négociation.

Ce maire situe bien la question sociale posée par le trouble de voisinage : l'absence de collectifs qui régulent les conflits, prix à payer à la dégradation de pratiques démocratiques réduites au confort individuel. L'intolérance à l'autre, la crise du lien social se nouent dans cette proximité devenue problématique, bien qu'incontournable, de l'habitat urbain.

Les élus sont souvent les premiers interlocuteurs du travail social et sanitaire, et le secteur psychiatrique en particulier. La gravité de la loi de prévention de la délinquance, instaurée par N.Sarkozy, est dans le renforcement répressif du pouvoir de police du maire auquel les travailleurs sociaux sont sommés de déclarer les familles à problèmes, à instaurer une forme de délation. Le risque est de le couper de ce travail de négociation sociale avec son électorat. Le projet de lui confier la possibilité d'instaurer une mise en structure d'urgence psychiatrique une personne présentant des troubles du comportement attribués au « psychiatrique », bien que sorti de la loi, reste un projet bien réel qui aggrave le risque de répression accrue au nom du « psychiatrique ». Le « psychiatrique » devient une procédure d'exclusion légale qui accentue la stigmatisation d'avoir une histoire avec la psychiatrie. Ainsi pour l'internement de la patiente décrit plus haut, l'intolérance d'un voisinage de nouveaux petits propriétaires préoccupés de la rentabilité de leur investissement, son manque de lien et ses « bizarreries », la marque indélébile d'un passage à l'acte ancien déclenche, sur un éclat agressif, la machine de l'internement. Aussi le travail possible avec une famille ou un environnement bienveillant devient ardu avec un voisinage qui refuse le lien. Il suffit parfois d'un seul intervenant hostile mais tenant une position de refus, comme pour la situation du sans abri réfugié dans l'étage d'un immeuble pour que soit chassé l'étranger. L'équipe psychiatrique n'a plus d'autres ressources que des alliances avec d'autres intervenants associatifs, sociaux et municipaux, voire avec la compréhension de la police.

### **L'imprévisibilité du sujet cesse d'être négociée**

Or la subjectivité est par essence imprévisible, qu'elle vienne du fou ou de n'importe quel humain. Elle est même consubstantielle des liens d'humanité. La fonction et l'éthique soignante reposent sur cet engagement du soignant à respecter la subjectivité et l'intimité du sujet pour construire un accès aux soins. C'est le sens que nous avons donné au Centre d'accueil et de crise où l'accès aux soins est libre 24h/24 pour tout sujet en souffrance et ouvert à tous les tiers qui participent de la situation symptomatique. Le temps à prendre, l'échange réciproque entre sujets soignants et patients, la recherche du sens et d'un consentement aux soins en font une interface entre souffrance sociale et souffrance subjective. Il permet d'aborder les défenses du sujet qui s'identifie ou est identifié au perdant, à son évitement du soin, à son agressivité, en se donnant le temps nécessaire et possible à la reconnaissance de ses défenses subjectives et dans la suspension de toute position de maîtrise normative.

Une telle démarche, particulièrement importante pour ceux qui sont dans des situations de grande précarisation et d'exclusion, permet d'aborder ce qui fait souffrance psychique, et d'instaurer un lien qui ouvre à nouveau l'espoir d'un changement.

Quand la situation clinique nécessite une obligation de soin qui se heurte au refus de soins, la contrainte peut y être argumentée, c'est-à-dire être parlée. Il reste toujours quelque chose de cette humanité dans les suites du soin contraint. La contrainte policière devient alors exceptionnelle.

### **La mobilisation du cadre familial et des tiers**

L'observation qui se situe à Denain (Nord), dans un contexte de réseaux de socialité forte, montre qu'un rejet passager lié à des conflits au sein d'un quartier trouve sa solution dans une mobilisation de l'appartenance et de la communauté d'intérêt. Cette situation se retrouve souvent au Centre d'accueil et de crise quand l'équipe arrive à lier le contexte du symptôme à la nomination de problèmes sociaux à traiter et établir une cartographie de personnes ressources reconnues. Celles-ci sont mobilisables aussi

bien dans l'accès aux soins que dans la continuité, évitant la désinsertion. La rencontre avec les sociétés HLM soulève une demande du même type. Comment est-il possible de demander à des employés d'un office de gérer un délire ou un repli autistique si l'équipe soignante n'est pas présente auprès d'eux ? C'est ce type de liens qui rend possible un réseau de soutien, qui est en même temps un réseau d'alerte légitime. Les controverses cessent d'y être source d'un conflit permanent où chacun campe sur ses positions ou sur ses finalités institutionnelles.

**L'isolement et la solitude** sont au premier plan de la vie des patients suivis en psychiatrie, mais c'est un problème plus général dans une société où l'individualisme remplace les valeurs de la solidarité collective. A Paris, des élus soulèvent le problème des personnes isolées dans leur logement comme un problème social majeur qui se conjugue souvent avec la pauvreté et la vieillesse. La canicule de l'été 2003 en a montré la dimension dramatique. Cet isolement se retrouve chez les gens à la rue, où il est souvent un facteur de dégradation et de vécus mélancoliques. Dans ces situations, le trouble de voisinage est souvent lié à l'état d'incurie du sujet, mais aussi aux défenses de récusation agressive de toute aide et refus de soins.

La pathologie psychiatrique et la souffrance psychique entraînent honte et repli qui aggravent les difficultés relationnelles propres à la pathologie psychique ou à l'abandon. Le voisinage est à apprivoi-

ser ou à construire. C'est le sens véritable du travail de réseau dans ce qui fait clinique psychosociale.

Dans les immeubles des quartiers des grandes villes ou dans les cités de la périphérie, la peur de ces exclus traités comme nouvelle classe dangereuse est porteuse de rejets absolument stigmatisants. La décompensation psychique et le trouble de voisinage occasionnés sont en lien direct avec cette solitude.

La construction des réseaux d'aide tente de réintroduire des liens et de travailler par la conjonction des compétences. Nous observons, dans la pratique, la substitution des organisations de solidarité collective anciennes par des réseaux compassionnels dans le voisinage immédiat, que ce soit pour les personnes isolées chez elles où la rue. Ces réseaux sont à décrypter et à reconnaître car ils sont des alliés fondamentaux dans l'accès aux soins et les pratiques d'insertion.

Elle suppose la proximité et la permanence des lieux de soins bien repérés et la connaissance par les intervenants extérieurs des dispositifs d'accès aux soins, avec une *politique de santé mentale fondée sur une éthique des pratiques psychosociales* qui s'inscrit dans des chartes élaborées en commun. La constitution de conseils de santé mentale avec ces tiers sociaux et politiques ainsi qu'avec la médecine générale permet de les penser et de les développer collectivement, de faire lien avec les structures de quartier, mais aussi simplement de maintenir une logique d'espoir.