

Session 3 :

**CITIZENSHIP OF "MAD" PEOPLE :  
THINKING SOCIAL SECURITY AND THERAPEUTIC SYSTEMS OVER.**

**Huw LLOYD RICHARDS**

This paper is written from a UK perspective. Many of the trends which have influenced mentally disordered citizens in the UK have also been found in other European countries. The general socio-economic trends towards privatisation; individualism and personal responsibility have been accompanied by concepts of "customer" and "consumer" within health and social care systems. This shift away from a public service and "paternalist" ethos towards a paradigm of financial exchange has two further points of reference. Firstly, constitutional and economic structures provide little support for those less advantaged in society to benefit from rights which promote inclusion, or by purchase of goods; and secondly, the replacement of a paradigm of ethical obligation and duty with correlative rights by the paradigm of consumer transactions radically alters the nature of helping and therapeutic relationships.

What we have here is a process over the last 15 years of a radical change in the way of thinking about public service, and this has a direct impact on our ideas of citizenship. The changes in rhetoric have not been matched by any constitutional changes to enable vulnerable people to claim, express and articulate rights. We have exhortations to be more responsible, but in a continued context of paternalist legislation and statute which confers no tangible rights, particularly of redress, against authorities. A final paradox of this trend is the creation and imposition of "charters" for citizens and patients, imposing rights without consultation and with few means of redress.

To summarise the points made so far:

- 1) the nature of citizenship is related to the citizen's relationship to the state and to local communities. The constitutional position in the UK is one without a written formulation of this relationship.
- 2) Health and welfare provision since the war has been in the public domain and developed by permissive statute. Few legal rights for individuals exist in these documents.
- 3) The rhetoric of privatisation, consumerism and rights has become fashionable. This has a direct impact on the way citizens as patients experience therapeutic relationships as helping relationships. The twin concepts of rights and consumerism have been used paradoxically, rights have been "imposed" in charters and low income excludes many patients from purchasing private health care.
- 4) Concentration on the social security aspects of the mentally ill will provide a valuable background to their place in society as citizens. We now move to a broader look at the issues of inequality in health which exist as the significant underlying socioeconomic issues, on top of which the historical problems of the constitution, and the effects of the political rhetoric on public service, are played out.

**Extent and nature of inequalities in health**

In Britain, death rates at all ages are two to three times higher among disadvantaged social groups than their more affluent counterparts. Most of the main causes of death contribute to these differences, and as a result, people in the least privileged circumstances are likely to die about eight years earlier than those who are more affluent. People living in disadvantaged circumstances can also expect to experience more illness and disability.

There is nothing new or unique about the existence of inequalities in health. They were first documented in Britain in the 1860s and are evident in countries across the developed world. Evidence that such inequalities exist is based on numerous studies that measure health and socioeconomic circumstances in a variety of ways. They include data on mortality, morbidity, self-reported health status and professionally measured fitness, from official statistics, cross-sectional and longitudinal surveys and numerous small-scale studies.

What is particularly worrying, however, is that economic inequality appears to be growing more quickly in Britain than at any time since the Second World War. Moreover, during the 1980s social divisions accelerated at a rate not matched for such a sustained period by any other rich industrialised country. Not surprisingly, the impact that this increase has had on health is now beginning to emerge. Death rates in some of the most disadvantaged areas in Britain not only worsened in relative terms between 1981 and 1991 when compared with the most affluent areas, but among some age groups, such as young men, the rates actually rose. As death rates in Britain have been declining since the 1930s, this rise signals a new and disturbing development.

Explanations about the causes of inequalities in health are complex, but it is likely that a combination of factors is at work reflecting people's living and working conditions, their resources, social relationships and lifestyles. However, since much health-related behaviour itself is socially determined, it is people's circumstances that are the most important determinant of health.

A detailed review of interventions in various countries at different times, suggests that policy initiatives that can influence inequalities in health exist at four different levels :

- strengthening individuals;
- strengthening communities;
- improving access to essential facilities and services;
- encouraging macroeconomic and cultural change.

Policies that attempt to strengthen individuals aim to change people's behaviour or coping skills through personal education and/or empowerment. General health education messages have had a limited impact on people from disadvantaged environments because the pressures of their lives constrain the scope for behavioural change. However, more sensitive interventions that combine education and support can have a positive effect on the health of people in disadvantaged circumstances if they are carefully tailored to their needs and combined with action at other policy levels.

Policies that aim to strengthen communities have either focused on strengthening their social networks or they have adopted a broader strategy that develops the physical, economic and social structures of an area. Such initiatives can, through involving the community itself in the determination of priorities, change the local environment, services and support systems in ways that promote equity in health.

Despite some success, however, efforts to strengthen individuals and communities have had a minimal impact on reducing inequalities in health. Much greater influence is possible at the other policy levels. Some of the greatest gains in health in the past have resulted from improvements in living and working conditions - better housing, improved water supply and sanitation, safer conditions in the workplace, education, the alleviation of poverty and general provision of health and welfare services. Western countries must guard against changes that undo these successes. At the same time, further changes in these areas will continue to be needed to reflect the pace of social change.

Macroeconomic and cultural changes are also important determinants of health because they influence the overall standard of living in a country and its distribution; attitudes to women, minority groups and older people; and major environmental factors such as international pollution. Policies at this level have been shown to have differential effects on the various groups in society, creating major implications for tackling inequalities in health. For example, some of the early structural adjustment policies, to deal with countries in economic crises, hit the most disadvantaged sections of the population hardest. Conversely, macroeconomic policies in various countries that have protected or improved the standards of living of poorer groups have had a beneficial impact on the population's health.

A worthwhile agenda for tackling inequalities in health must therefore include a strong focus on reducing poverty and a commitment to the careful monitoring of the impact of major public policies on health particularly among the most vulnerable groups.

The more the determinants of health are recognised and understood the more inescapable is the conclusion that a person's health cannot be divorced from the social and economic environment in which they live. Factors that are increasingly recognised to be of critical importance include:

- the physical environment, such as the adequacy of housing, working conditions and pollution;
  - social and economic influences such as income and wealth, levels of unemployment, and the quality of social relationships and social support;
  - barriers to adopting a healthier personal lifestyle;
  - access to appropriate and effective health and social services.
- Housing

The housing problems facing Britain today include:

- the rapid rise in homelessness in the 1970s and 1980s among both families and single people;

- the large numbers of properties in bad condition suffering from problems such as damp, inadequate heating, infestations, poor design and lack of play space;
- the social isolation caused by high-rise blocks and the social segregation apparent in many deprived estates.

Such problems can have adverse effects on people's health. For example:

- people sleeping rough are three times as likely to have chronic chest conditions;
- families in bed-and-breakfast accommodation have higher rates of infections, gastroenteritis, child accidents, parental stress, poor child development and nutritionally unsatisfactory diets;
- inadequate or unaffordable heating almost certainly contributes to hypothermia and excess winter mortality among older people;
- damp housing has been shown to cause respiratory and other illnesses in children and stress among adults.

A range of policies needs to be developed that tackles these housing problems in ways that reduce inequalities in health. Investment in new social housing and improving the existing housing stock should be promoted as a matter of urgency. Similarly, community regeneration schemes should be introduced in areas of high deprivation to improve the environmental, economic and social structures of disadvantaged neighbourhoods. In addition, tax concessions should be given to private landlords to encourage the expansion of the private rented sector.

Such policies can be financed in a number of ways. For example:

- public housing could be transferred out of the public sector to local housing companies, which would enable capital to be raised to finance improvements to properties and estates without being constrained by the conventions of the PSBR;
- mortgage tax relief could be removed and the savings used to provide capital subsidies for housing associations and local authorities. This would enable them both to build more houses and to charge lower rents, which would in turn reduce the cost of housing benefits to the social security system.
- Help is also needed for owner occupiers on low incomes, many of whom experience difficulties with their mortgage payments. The introduction of 'mortgage benefits' would not only reduce the large number of repossessions experienced in the 1980s, but would help to eliminate the poverty trap. One illustration of the absurdity of present arrangements is that for a family paying a rent of £70 per week an increase in gross earnings from £80 to £300 per week would leave them just £30 better off. The abolition of tax relief on mortgages would generate sufficient funds to finance this policy as well as the additional investments in social housing described above.

## **Family poverty**

The latest evidence for 1991-92 suggests that families with children are over-represented at the lower end of the income distribution, comprising 57 per cent of households with incomes below 40 per cent of the UK average, but only 45 per cent of the total. There are three main causes of family poverty:

- unemployment;
- lone parenthood;
- low wages.

A recent publication by the King's Fund shows that:

- a strong association between low income and poor health has been demonstrated across the developed world;
- in Britain, people in the lowest income quintile are four times as likely to report their health as not good as those in the highest income quintile.
- Poverty can affect health in a number of different ways:
  - income provides the prerequisites for health, such as shelter, food, warmth and the ability to participate in society;
  - living in poverty can cause stress and anxiety which can damage people's health;
  - low income limits people's choices and militates against desirable changes in behaviour.

The best way of reducing family poverty is to tackle its causes by ensuring that all people who wish to be economically active have access to well-paid jobs. Useful steps in this direction would include better training opportunities and improved child care facilities, as discussed below. However, the social security system also needs to be reformed.

Increasing child benefit would be one way of improving family income. However, a large investment would only result in modest increases in the income of poor families. A more cost-effective way of reducing family poverty would be to increase means-tested benefits such as income support and family credit. Other policies that would reduce some of the pressures on people with low incomes should include:

- tackling problems of low uptake of benefits;

- replacing the social fund loans scheme with a grants system;
- ensuring that all households have access to vital utilities - such as heat, light and water - without the threat of disconnection.

In addition, the drift to greater economic inequality that has been exacerbated by recent tax changes benefiting the most affluent needs to be reversed. Measures could include:

- abolishing the upper limit on employee national insurance contributions;
- restricting the value of the main personal tax allowances to the lowest rate, i.e. 20 per cent for all taxpayers;
- increasing the highest rate of income tax;
- shifting the balance of taxation away from spending and toward income.

Not only might these measures reduce inequalities in health but they would also raise the resources necessary to finance a comprehensive strategy to promote social justice and equity in health.

## **The National Health Service**

It is important not to exaggerate the role of health services in tackling health inequalities. It is equally important, however, that they do not abdicate those responsibilities which properly fall on them. Health care systems do have a useful even if relatively minor role to play in promoting social justice and equity in health.

A recent King's Fund publication argues that the Department of Health and the NHS at large have three key obligations:

- to ensure that resources are distributed between areas in proportion to their relative needs;
- to respond appropriately to the health care needs of different social groups;
- to take the lead in encouraging a wider and more strategic approach to developing health public policies.

Existing resource allocation mechanisms in the NHS have done much to address some of the historical inequities in health care provision, but a unified weighted capitation system should be introduced to ensure that all resources are allocated to areas in relation to the need for them.

In addition, as purchasing decisions are devolved to more local areas, two safeguards are required:

- substantial resources need to be top-sliced for local health authorities to enable them to take the broad population approach - to assessing needs, monitoring access to care and providing community-based services - that is required to delivery equitable services;
- a fairer system of allocating resources to GP fundholders is needed.

Evidence about equitable access to care in Britain is patchy. There is some evidence that implies the NHS does surprisingly well in ensuring that resources are distributed between social groups in proportion to their relative needs. On the other hand a number of small-scale studies suggest that among a range of specific services and at local levels more disadvantaged social groups do appear to be under-served.

Perhaps most worrying, however, is how little is actually known about the social characteristics of patients and their response to treatment. The NHS needs to make much greater efforts to assess whether it is achieving equal access for equal need for all social groups. Local health authorities need to develop equity audits as a matter of urgency.

Where there is evidence that people with poor socioeconomic circumstances are inadequately served in relation to their needs, a new approach that empowers communities and individuals needs to be adopted. Some studies suggest that barriers to access to health care can be reduced through the introduction of more sensitive and appropriate community-based services.

The NHS should also take the lead in developing policies at both the national and local level to promote equity in health.

At the national level, mechanisms are needed to facilitate interdepartmental co-operation and multisectoral action to tackle health inequalities. Health impact assessments should also be introduced to monitor the effects of all public policies on health. Equity-orientated health targets should be set to maintain a strong national focus on reducing inequalities.

At the local level, the promotion of initiatives that develop structural links between different agencies can enable the health service to take part in policy making on issues that affect population health, such as the local environment, housing, education and transport.

To summarise the points in the second section of this paper:

- 1) There are significant inequalities in health; these are most marked in terms of housing, family poverty and the health service system itself.
- 2) These inequalities have a major impact on those with mental disorder; homelessness, poverty and poor access to services make mental health problems more difficult to cope with.

Citizenship for people with mental health problems begins to have a rather hollow ring when the cumulative disadvantages set out in the first two sections of this paper are considered.

A significant way forward may be provided from the increasing militancy of the disabled lobby generally. In the UK, with a population of 56 million, there are 6.5 million disabled people - one in nine of the population. The first rallying call of the emergent coalition of disability groups is that "disability" is a social construct, that the flaw is not in the design of the human being but in society's response to it. The response to this position is that society's perceptions are real; real in their consequences of exclusion, and that this abstract approach creates a danger of denying the specific needs of individuals.

All campaigning for disability rights has a similar problem, of trying to outlaw prejudice and discrimination, and at the same time to establish explicit civil rights. The problems are further compounded when we add the resources which have to be made available to make these abstract rights a reality. The right to an equal chance is very difficult to specify in practice. The role of paid professionals in making needs-based decisions an entitlement is yet a further difficulty.

The new legislation in the UK under the Social Security (Incapacity for Work) Act creates a medical test to establish genuine incapacity for work and it is estimated that about one fifth of those new receiving financial benefits as unable to work will be excluded from benefit. Here we see fiscal tightening of levels of entitlement at the same time as continued structural inequalities in wealth and health. A significant numbers of mentally disordered persons will be excluded from benefit with no increase in the opportunities for work.

In conclusion therefore I note that I have purposely not concentrated on the nature of mental disorder but set out the context in which that group in society are located along with other disability groups. I have concentrated on the social security aspects of the position of the mentally disordered rather than issues surrounding therapeutic systems. I have tried to look at mental disorder as a disability in a social context. This is a context in which access to housing, income maintenance, work and appropriate health care are critical. I have taken this approach precisely because mental health services themselves operate in that context, creating a parallel world for the disabled rather than integrated participation in social structures. The general issue of housing is translated into the design of hostels and supported accommodation; the issue of income maintenance is translated into qualifying under rules which further define the disability and justify exclusion; work becomes translated into day care and daytime activities.

### **Jean-Marc ELCHARDUS :**

Prenons le parcours du pauvre malade mental dont il était question hier, parcours de plus en plus marginalisé, de plus en plus lésé du côté du système d'aide sociale. Huw Richards nous a parfaitement décrit en effet, tous ces mécanismes qui s'enchaînent les uns aux autres dans des cercles vicieux d'exclusion. Je voudrais quand même à partir de là, poser quelques questions sur la citoyenneté puisque c'est le thème. Peut-on définir la citoyenneté par rapport à l'acquisition et au respect des droits sociaux ? Est-ce que ce sont des indices pertinents, autrement dit, est-ce qu'on peut être exclu et citoyen en même temps ? Et, est-ce que à partir du moment où on est exclu, compte tenu dans la vie sociale de tous les éléments, les compartiments que Huw Richards nous a décrits, est-ce que pour autant on est plus longtemps citoyen ? Je ne sais pas. Est-ce que la citoyenneté est en référence à des droits sociaux ou est-ce qu'elle est en référence au droit ? Dans une citoyenneté qui serait un ensemble, je crois que le terme citizen ship insiste bien sur cette appartenance et qu'il est référé à l'affiliation à un système juridique et non pas seulement à un fonctionnement. Il me semble qu'il y a une question importante qui est soulevée autour de cette question et qui nous touche à partir du moment où nous essayons d'aborder la question thérapeutique. Car la question de la citoyenneté ne se pose pas de la même manière pour des personnes qui se trouvent avoir, du fait de leur santé, des difficultés d'insertion sociale, des handicaps divers. On ne posera pas la question de la citoyenneté du diabétique, cela va de soi. Par contre, on posera la question de la citoyenneté des séropositifs. Pourquoi ? Non pas parce qu'il a un virus particulier qui atteindrait sa citoyenneté mais, parce qu'à travers son affection, il est l'objet d'une mesure discriminatoire concernant par exemple le fait qu'il sera ou non soumis à un examen systématique, le fait qu'il aura un régime particulier dans des collectivités telles que la collectivité carcérale etc... et, c'est vrai que le malade mental de ce point de vue là, si sa citoyenneté est atteinte ou en danger, c'est du côté de ce qui peut le menacer dans l'exercice de ses libertés de citoyen. On est là loin de son inscription en terme matériel et physique dans le

fonctionnement social, on est bien du côté du sujet de droit. La question a été tout à fait soulevée hier, sur cette place des citoyens menacés éventuellement par les mesures d'internement ou par l'évaluation d'une dangerosité sociale qui fait que, à partir de ce moment là, ils sont mis dans un statut particulier qui va être l'objet d'une surveillance et d'une discussion en principe attentive. La loi prévoit que ce statut est protégé, parce que la loi de 90 en France protège formellement les droits du citoyen, mais on voit que le psychiatre ou la psychiatrie sont appelés à intervenir de plus en plus par rapport à cette protection. Huw Richards a parlé de société consumériste ou individualiste ; nous pourrions aussi parler de société évaluative, d'un fantasme de transparence sociale où tout ce qui se déroule entre le citoyen ou l'individu et le groupe devrait devenir absolument transparent, évaluable, et le psychiatre est appelé de plus en plus à devenir un évaluateur. On voit en France, un glissement qui s'opère d'un spécialiste du soin vers un spécialiste de l'évaluation. Ce n'est pas nouveau, le psychiatre est expert depuis longtemps, on pourrait même dire depuis l'origine de la psychiatrie, avec l'article 64 du Code Pénal, acte fondateur de la psychiatrie. Mais cette évaluation devient quelque chose qui ne respecte plus de la même manière un espace thérapeutique, qui n'avait pas à se définir autrement. On le voit par exemple dans les nouvelles dispositions de l'article 122 du Code Pénal : le sujet hospitalisé à l'hôpital psychiatrique devra sa sortie à deux certificats médicaux, alors que la question ne s'était jamais posée jusque là. Il faudra un avis spécialisé. De la même manière pour les délinquants criminels sexuels, il est prévu un suivi et un avis médical psychiatrique par rapport au statut social de l'intéressé. Le psychiatre est ainsi projeté dans cette société évaluative du côté d'une position d'agent normatif où on peut penser que les droits individuels sont mieux respectés mais où, également, on peut se demander si l'espace ou l'exercice possible du droit au soin, la possibilité d'être soigné est respectée tout autant. Je sais que c'est un peu abstrait. Il semble qu'il y ait un glissement de ce qui serait une logique thérapeutique qui apparaît menaçante, un danger pour les droits individuels vers une prestation sociale qui serait davantage évaluable et à laquelle le médecin, le psychiatre ou l'appareil psychiatrique aurait à répondre et à donner des informations sensées et cette fois dire le droit, dire ce qui est. Donc, si l'on pose la question des rapports sociaux et thérapeutiques de la citoyenneté du fou, que peut-on penser du social et du thérapeutique ? Est-ce qu'il n'y a pas là un glissement du thérapeutique vers le social ?

Et si l'on regarde les choses, est-ce que ce n'est pas le malade mental et les gens qui s'en occupent qui sont soumis à un dérapage plutôt que dire que c'est le malade mental qui est menacé dans ses droits élémentaires par la décision psychiatrique ? Est-ce que c'est bien toujours du côté de l'enfermement arbitraire par exemple du malade mental que la question se pose ou est-ce que ce n'est pas l'ensemble de la fonction thérapeutique qui est menacée par une pesanteur, par une pression sociale de plus en plus importante ? Par exemple, hier, pour la question de la santé mentale, est-ce que cette fameuse notion de qualité de vie qui nous envahit en ce moment n'est pas progressivement en train de remplacer la notion de santé mentale ? Est-ce qu'il n'y a pas un glissement de la notion de soins vers la notion d'aide ? Dans le papier de Huw Richards, on le voit bien, il y a care and help, c'est toujours associé, toujours le soin et l'aide. Est-ce qu'il n'y a pas là quelque chose qui se dénature de plus en plus du côté du soin et qui serait pris du côté de l'aide ? D'une certaine manière est-ce que pour des cliniciens, il n'est pas urgent de repenser le social avant qu'il ne nous repense ? Une notion employée hier me paraît aussi intéressante de ce point de vue là, c'est la notion de pathologie sociale. Est-ce qu'il existe une pathologie sociale ? Est-ce que ce terme a un sens ? On entend bien ce que cela veut dire mais, est-ce qu'on n'est pas là aussi en train d'opérer une sorte de glissement, de ce qui serait de l'ordre du clinique vers une socio-clinique ou vers une évaluation d'une santé sociale dont on ne saurait pas bien ce qu'elle serait ? Bien évidemment, on a tous une idée de ce que serait une société utopique où tout le monde serait bien. Mais justement la question de la pathologie sociale appelle le traitement social et, le traitement social, a-t-il encore quelque chose à voir avec la thérapeutique ? Je prends deux exemples brefs pour éclairer ça. L'exemple de la politique dite de réduction des risques en France, concernant les toxicomanes, la politique de réduction des risques aboutit à un ensemble de mesures qui visent à diminuer tous les inconvénients et pour la santé et pour les conduites sociales entraînées par la toxicomanie lourde. C'est fort utile. Il est évident qu'un grand toxicomane est quelqu'un qui répond à toutes les caractéristiques du pauvre malade mental ou du pauvre exclu, c'est-à-dire quelqu'un qui accumule les handicaps de toutes sortes. Mais on voit bien dans l'application et c'est sur ce point là que je voudrais attirer l'attention, on voit bien que les traitements ou les solutions qui sont proposés, en particulier les traitements de substitution à la méthadone qui sont proposés pour réduire ces risques, portent aussi un coup à ce qui peut apparaître comme la thérapeutique des toxicomanes, autrement dit : l'abord clinique spécifique de la pathologie de la dépendance. C'est difficilement cumulatif ; ça peut l'être, mais seulement si l'on reprend à son compte l'ensemble de l'éventail des mesures proposées, c'est-à-dire qu'on s'adresse aussi bien au traitement, ou à l'aide pour les complications de la toxicomanie ou au traitement thérapeutique de la dépendance. Mais dans les discours qui sont tenus, et dans les prises de positions qui ont un réel impact au plan politique, au plan des orientations qui sont données, au plan des crédits qui sont distribués, on voit très bien que la politique de réduction des risques et du traitement social de la toxicomanie diminue la reconnaissance possible de la clinique, de la pathologie de la dépendance. On peut en discuter mais de la place où je suis, dans ce centre de soins, ça paraît assez évident. Un autre exemple aussi du glissement de la clinique vers l'emprise sociale, c'est un exemple plus ponctuel qui m'a été donné par une discussion avec un collègue médecin légiste sur les transsexuels. Ce collègue est un défenseur, un théoricien des droits de l'Homme, tout à fait reconnu et éminent et, dans la discussion que j'ai eue avec lui, il a été impossible de nous entendre sur la pathologie de l'identité sexuelle, l'identité tout court, qu'il peut y avoir dans ces affections

curieuses qu'on appelle le transsexuel. Par contre, l'ensemble de la discussion a porté sur le droit de ces personnes à voir reconnaître le sexe de leur conviction. Au nom des droits de l'Homme a été définie une catégorie particulière qui serait les transsexuels. Cette catégorie devient une minorité et cette minorité a des droits. Et à partir de ce moment là, on n'a plus à discuter puisque les catégories établies sont discriminatoires dans cette vision des choses. On a eu une discussion qui m'a beaucoup surpris : il n'y a pas plus de raison de faire une discrimination autour de la question sexuelle qu'autour de la question de la couleur de la peau par exemple. On ne va pas faire une discrimination raciale sur un aspect extérieur qui est la couleur de la peau (par exemple quelqu'un qui serait blanc de peau mais qui appartient à une catégorie de gens noirs parce que sa filiation est noire, subirait des mesures discriminatives qui seraient totalement injustifiées même absurdes). Finalement, que dit-il ? La discrimination sur l'appartenance sexuelle homme ou femme est du même ordre. Il y a une continuité sur ce qui est homme, ce qui est femme, il n'y a pas à discriminer, il y a à reconnaître ce que les gens décident. Il y a un droit des minorités. Alors, il me semble qu'à travers ces deux exemples, quand on parle de repenser le social et le thérapeutique, on voit comment la place de la clinique est menacée ou mérite d'être réprécisée par rapport à un social qui occuperait le terrain, toute la place. Autrement dit, à un social qui se doterait des moyens d'aide ou d'intervention qui rendraient le thérapeutique tout à fait secondaire, inutile, complètement marginalisé. On peut tout à fait faire la gestion comme on dit, (là aussi, ce terme, gérer, on voit bien cette problématique) on peut faire la gestion des malades psychotiques chroniques avec du traitement social, c'est certainement possible en se contentant d'un pôle médical réduit à l'extrême de quelques ordonnances de neuroleptiques distribués de temps à autre sans qu'il n'y ait plus personne qui puisse imaginer qu'il s'agit de soigner la psychose de quelqu'un, d'un psychotique, mais simplement parlant, en terme de droits sociaux ou de réadaptation, de réhabilitation, d'insertion.

Pour conclure, l'évolution me semble aller vers une psychiatrie qui serait de plus en plus clivée soit entre un pôle médical d'appartenance où là, elle aurait sa citoyenneté dans le monde médical au sens d'une reconnaissance scientifique, d'une insertion à une médecine qui s'économiserait d'avoir à se poser la question du sujet. On sait bien que dans le champ médical cette question là reste toujours assez difficile à aborder. Soit une psychiatrie qui se médicaliserait de plus en plus avec des avis d'experts de plus en plus compétents, de plus en plus réclamés également et d'un autre côté, une illusion dans un grand tout d'aide sociale où la dimension thérapeutique proprement dite deviendrait minime, peu reconnaissable et peu affirmée. Un peu comme si la psychiatrie devenait la caution, voire même la bonne à tout faire, d'une mission sociale auprès du pauvre malade mental, dans un système de contrainte qui serait non plus celui d'un abus de pouvoir direct sur un individu mais d'une manière beaucoup à plus insidieuse d'une dérive idéologique et politique vers l'exclusion non plus du sujet, mais de la question du sujet dans une rejection, une exclusion largement aussi massive et violente que la mise du fou dans des établissements spéciaux hors des murs de la ville. Il y a une manière d'exclure qui peut être assez pernicieuse à partir du moment où la question de la clinique peut ainsi être évacuée. Voilà les quelques commentaires que je souhaitais faire.

### Stanislas TOMKIEWICZ :

J'aimerais intervenir sur 2 problèmes : premièrement citoyenneté en tant que droit politique versus exclusion sociale, et deuxièmement thérapeutique versus social, en prenant comme exemple réduction des risques et toxicomanie. Je ne suis pas du tout d'accord avec les autres amis de France. Citoyenneté et exclusion : ELCHARDUS l'a abordé tout au début de son intervention, et Huw RICHARDS a abandonné aussitôt le terme pour glisser sur la citoyenneté des malades mentaux [...] Nous assistons depuis la destruction du camp socialiste à une entreprise tout à fait logique d'élimination d'une société à deux vitesses (pour utiliser le terme moderne, ce qu'on appelait autrefois société en deux classes). Une middle class, possédante, qui fait 40 % de la population dans un pays aussi riche que les Etats Unis et 5 % en Afrique, et les autres ; les autres, il faut les étouffer, les exclure de plus en plus. L'Amérique est en avance sur l'Angleterre pour l'exclusion. Cela s'est fait au nom de la démocratie. Réfléchir sur la citoyenneté démocratique avec un oeil un peu critique permet de comprendre que ce qu'on appelle démocratie actuellement sont les états où il existe plusieurs partis, où les citoyens peuvent voter pour plusieurs partis. En Amérique, et je pense que cela arrivera aussi en Europe, l'exclusion sociale, c'est-à-dire l'exclusion économique pour parler de façon plus simple et plus bête, conduit à l'abolition même du principe de démocratie. En Amérique, c'est tout à fait net : dans des élections aussi importantes que les présidentielles, il y a plus de 50 % d'abstention, sans compter ceux qui ne sont pas inscrits sur les listes électorales. Ainsi la plus grande démocratie du monde accepte que 60 % de sa population s'exclut elle-même de la citoyenneté, au nom de la primauté du libéral, ce que j'appelle moi bêtement le capitalisme. Je crois que nos amis américains vont plus loin sur le plan théorique : n'oublions pas que la politique de REAGAN a des bases théoriques liées à la psychologie génétique . [HERINSCHKEIN ?] est là-bas un monsieur très à la mode (ce n'est pas un nazi allemand, il est juif ; c'est l'identification à l'agresseur). C'est l'auteur de la théorie d'après laquelle, puisque les gens se marient essentiellement entre eux selon leur niveau social et leur quotient intellectuel, et puisque le niveau social et économique est profondément corrélé au niveau intellectuel, nous allons assister d'ici à une dizaine de générations à la dissociation de l'espèce humaine entre riches et pauvres, deux parties qui un jour vont finir par devenir non interfécondables. Je ne plaisante pas



du tout, ce type est extrêmement sérieux, son livre qui s'intitule "réflexion sur la courbe de Gauss" s'est vendu à 2 millions d'exemplaires aux Etats Unis, et il est traduit en français pour ceux que cela intéresse. Il décrit cela comme quelque chose de tout à fait normal. Ceux qui sont actuellement pour REAGAN, pour THATCHER et, peut-être, pour CHIRAC, on ne voit pas pourquoi chez nous cela se passerait différemment.

Tous ceux qui sont exclus, économiquement d'abord, des prestations sociales, d'une vie sociale et économique décente, et, comme c'est le cas aux Etats Unis, aussi de l'usage de la citoyenneté, finiront, et on trouve cela normal, d'ici 6 ans ou 200 ans, par être carrément exclus de l'humanité génétiquement. C'est très important, et notre ami anglais a bien insisté là-dessus. Notre travail de psy et de travailleurs sociaux unis, c'est de mettre en garde et d'essayer de dégonfler cette baudruche. On cherche à nous faire croire de plus en plus que si on est exclu, on en est responsable parce qu'on est bête, qu'on ne sait pas se débrouiller. Ce qui correspond d'ailleurs aux vieilles idées protestantes où l'argent et la fortune seraient la prime que le Bon Dieu donnerait à la vertu et à l'intelligence.

Le second problème c'est social versus thérapeutique. En France, c'est la question de la différence entre RMI et COTOREP. La société actuelle française démocratique et libérale accepte de donner une somme mensuelle plus importante à quelqu'un qui est exclu pour des raisons que l'on sous-entend biologiques (il est fou, handicapé...), et a droit à 3000 F/mois. S'il est exclu uniquement pour des raisons sociales, c'est le RMI, qui n'est que de 2500 F/mois. Cette différence de tarifs est très importante symboliquement et aussi matériellement. De plus en plus de gens exclus par la machine libérale vers une exclusion qui les mène au RMI auront tendance à se présenter comme fous et malades pour venir chez nous, les psychiatres, les médecins, ne serait-ce que pour obtenir tout simplement la COTOREP plutôt que le RMI. Ma dernière remarque sera un peu désabusée : quand j'entends mes amis, collègues psychiatres, pleurer sur le passage du thérapeutique au social, je me demande parfois si nous défendons ici les usagers ou nous autres, professionnels. N'oublions pas que ce que nous appelons la maintenance, la réduction des risques, le passage au social, l'accompagnement... est dû tout simplement au constat d'échec de nos démocratiques thérapeutiques. Si nous étions capables maintenant de supprimer l'hypertension, le diabète, etc... nous n'aurions pas la réduction des risques. La société choisit cette voie devant l'échec d'une voie purement médicale. Alors, là-dessus, on entend la voix psy dire : nous voulons de l'individuel. Mais personne ne nous empêche de faire de la thérapie individuelle dans le sens psychologique. Je pense que la majorité des psychiatres comme nous ne font du psychologique et de l'individuel qu'avec la classe moyenne, et guère avec ceux qui sont exclus, pour qui l'on pense social.

### Jean-Marc ELCHARDUS :

Je suis d'accord qu'il ne s'agit pas d'opposer le sanitaire et le social comme si ces deux mondes devaient s'exclure. Il s'agit plutôt d'une confrontation et de délimiter les domaines de compétence. Ce que je voulais souligner, c'est que le domaine de compétence clinique risque d'être écrasé (même si ce n'est pas automatique et que nous avons des mots pour le défendre). Ce risque d'écrasement existe, au sens d'une réduction en épaisseur et en relief. Ecrasement par des considérations qui viennent d'autres mouvements de pensée, d'autres directions, d'autres vecteurs de nécessité sociale, et qui viennent s'entremettre dans le domaine clinique.

Je reprend l'exemple de la toxicomanie et de la méthadone. Un médecin reconnu et compétent peut dire dans un journal que ne pas donner un produit de substitution à un toxicomane au moment où il le demande, c'est lui faire prendre un risque de contamination et c'est donc l'équivalent d'une non assistance à personne en péril. Il y a là une logique certaine du côté de la réduction des risques, mais nous devons pouvoir déterminer nous-mêmes notre position de clinicien.

Je pense au milieu pénitentiaire dont Bruno GRAVIER pourrait dire mieux que moi la façon dont ça se passe. C'est certes un cas particulier, mais puisque nous parlons des systèmes de contrainte, c'est un bon exemple. Pendant des années cela, cela a été le Tout médical, je ne dis pas le Tout thérapeutique. La dimension dominante y était celle des normes scientifiques évaluatives, écrasant la dimension thérapeutique proprement dite. Mais il y a eu l'expérience de Claude BALIER. Il a pu démarquer son champ de compétence du champ de contrainte proprement pénal, travaillant en équilibre, mais aussi en séparation, avec les contraintes de peine et de sécurité au sein de la prison de Varces, près de Grenoble. A partir de là, il a pu mettre en évidence, et faire valoir, des éléments cliniques qui jusque là avaient été réduits à quelques observations comportementales. C'est pour cela que ma précision était utile.

### Jean-Claude POLLACK :

L'opposition dont nous parlons depuis le début de la matinée est peut-être dépassable, c'est ce qu'a peut-être tenté de faire BRETECHER. Nous avons tendance à nous donner deux cadres de référence extrêmes en quelque sorte. D'un côté, quelque chose qui serait de l'ordre du sujet citoyen, nécessairement analysable en dernière instance en termes économiques (sur la toile de fond de la production économique elle-même). Et de l'autre côté quelque chose qui, lorsqu'on l'énonce, déclenche presque un phénomène de référence, c'était tout à fait patent hier, c'est le sujet de la vérité. Là, tout à coup, même si on a polémique pendant une demi-heure, à



partir du moment où ce terme apparaît, avec sa force de légitimité absolue, là tout le monde s'arrête en disant "d'accord". Le sujet de la vérité ; comme si nous savions vraiment de quoi il s'agit, et comme si ce sujet n'avait aucune relation, aucune espèce de prise, aucune espèce de relation de popularité avec le sujet citoyen ou le sujet de la production économique.

Il me semble donc important de rappeler l'existence d'un double système, au moins d'un double système de production dans notre société dite libérale. Une production économique certes, mais aussi une production de subjectivité. La société se définit malgré tout par cette double production et pas uniquement par un certain type de travail, un certain type de production. Nous avons fait, il y a très longtemps déjà, une étude avec un certain nombre d'amis, dont BRETECHER, Annick KOUBA, ..., sur la santé mentale et les conditions de travail. Nous en étions arrivés, après deux ans de travaux, d'enquêtes (nous avons interrogé énormément de gens sur ce qu'ils pensaient de leur boulot et aussi de leur esprit, de leur santé mentale, de leur folie), à cette idée qu'il y avait des gens parfaitement adaptés à leur boulot et qui nous paraissaient à nous singulièrement malades, et d'autres au contraire qui ne pouvaient pas travailler mais qui nous paraissaient particulièrement sains. Ce premier constat avait été très important pour nous, cette désarticulation pourrait-on dire des notions de handicap et d'invalidité sociale avec la notion de folie. Ceci pour tempérer peut-être le propos de nos amis anglais où le terme de handicap risquait de télescoper ces deux notions d'aliénation psychique et d'aliénation sociale, littéralement confondues autour de ce critère de travail, de la possibilité de travailler ou non. Nous avons vu des gens qui étaient des graves obsessionnels ou des paranoïaques légers qui étaient parfaitement adaptés à leur boulot, notamment dans certains secteurs fonctionnaires, dans certains ministères. Par exemple, un obsessionnel extraordinaire qui travaillait à la SNCF et qui est devenu véritablement fou lorsqu'on a essayé de l'empêcher de travailler mais qui était par ailleurs dans une espèce de complicité entre ce tableau clinique et son affectation sociale.

Le social et la clinique, au lieu de les renvoyer dos à dos, peut-être pourrait-on les rassembler sous le primat du politique. Pourquoi ? Parce qu'après tout le sujet de la vérité, si c'est un terme qui se réfère à un back-ground extrêmement large, disons freudo-lacarien dans ses différentes versions, renvoie aussi à une certaine conception du sujet en relation avec sa généalogie et avec un appareil social bien connu, mais Ô combien important, celui de la famille. Cette perspective fondamentalement familialiste des territorialités de la psychanalyse appartient d'emblée au champ de la politique, y compris par ses concepts les plus théoriques, les plus fondamentaux et notamment ceux de l'œdipe et de la castration. Donc, de ce point de vue, vouloir les opposer plutôt que de voir tout ce qui les réunit sur le fond, avec la dimension politique qui les surplombe, serait une grave erreur. L'ennemi commun, à la fois de cette approche psychanalytique et de cette approche économique-institutionnelle, seraient plutôt les nouvelles sciences et la biologie, une certaine conception purement organiciste de la psychiatrie. En définitive, ne pourrait-on pas dire que la préoccupation clinique reste autour de la question du transfert, c'est-à-dire le repérage de sa position par rapport à une demande et à la position sociale, de repérage d'analyse institutionnelle et sociale de notre position dans un système social donné, un système économique donné. Pour moi, l'analyse du transfert comprend évidemment l'analyse de notre position dans le tissu économique et social, etc... Ce ne sont pas des questions d'éthique mais plutôt de méthode. Questions à la fois thérapeutiques et sociales qui peuvent en définitive être rassemblées dans le cadre général politique.

### **Geneviève ELCHARDUS :**

Je vais aller dans le sens de la dernière intervention, sans le formuler de la même façon. Je demande votre indulgence par rapport à une formulation peut être un peu fouillis. Mais les oppositions ou les clivages relevés ont besoin d'être explorés car il me semble qu'il n'y a pas du tout balancement entre le social et le médical. Social et médical, c'est le même combat, sous le chapeau de la statistique, et de la masse, et des recherches sur les masses. Ce chapeau statistique est en vue, et quand il est question du sujet et de la subjectivité, on a le sentiment d'un antagonisme. Je vais prendre des exemples pour être plus claire ; je parle d'un endroit qui est celui de l'écoute des petits enfants et, contrairement à ce que disait TOMKIEWICZ, les CMP de banlieue reçoivent d'abord les plus démunis. Ils n'ont pas les moyens de recevoir les autres et une grande partie de notre travail consiste, de façon obligée, à démêler ceux qui peuvent payer et ceux qui ne peuvent pas. On ne peut pas soigner tout le monde, et le premier travail c'est le tri. On téléphone aux gens qui ont fait des demandes, on essaye de voir s'ils ont les moyens de payer et si c'est le cas on les renvoie sur le privé. Un petit enfant, c'est quelqu'un qui consulte, qui a déjà subi quelque chose d'une pression du côté du social. Dans tous les mots évoqués ces deux jours, le social, le politique, le thérapeutique, le sanitaire, toutes notions qui ne se recouvrent pas, il me paraît vraiment incroyable que l'on n'ait pas entendu parler de droit. Or c'est vraiment la perspective qui manque pour arriver à penser cela. Un petit enfant qui arrive dans une consultation avec un symptôme, s'il ne peut pas dire le déni de droit qui lui a été fait, c'est parce que précisément on ne l'a pas introduit à ce champ de son droit, du côté du sujet et de la subjectivité. On pourrait essayer de penser la verticalité de la production des générations et la question de la transmission et de l'accès à la parole d'un petit enfant qui deviendra fou si l'on ne reconnaît pas ce déni de droit qui lui est fait de pouvoir à

un moment donné savoir son droit pour parler en son nom. Pour fonder un sujet et un citoyen, on doit pouvoir passer à un moment donné par dire non et notamment non aux cadeaux de la famille, du social.. pour pouvoir sortir de la dette et pouvoir dire non, justement : ce que vous me donnez, ce n'est pas quelque chose que vous me donnez ou que vous m'accordez comme sujet, c'est ce que je conquiers moi-même parce qu'en tant qu'adulte vous pouvez me transmettre la question des valeurs. Parlons de la démocratie ; on en a beaucoup parlé, et je ne sais pas ce que c'est. Je préférerais que l'on puisse parler de l'état de droit de chacun. Qu'est-ce qu'une démocratie où au nom des droits de chacun à s'exprimer, on laisse un parti qui développe des valeurs antidémocratiques. La démocratie n'est pas seulement le droit de chacun à dire ce qu'il veut, c'est aussi l'énonciation d'un système de valeurs. Des paradoxes de cet ordre doivent être explorés et réduits. On dit beaucoup de mots sans explorer ce qu'ils recèlent. Accorder la citoyenneté à quelqu'un depuis l'extérieur, c'est lui mettre sur le dos une dette supplémentaire, ce qui me semble le mécanisme fondateur de l'exclusion, cette non transmission des valeurs aux générations qui arrivent. Un petit enfant, moi je commence par lui dire : pourquoi est-ce que tu crois que tu es né ? En tous cas, moi je peux te dire que tu es né non pas pour faire plaisir à maman, à papa, à la maîtresse, ou à Mme ELCHARDUS, tu es né pour grandir et devenir un homme ou une femme libre. Si l'on commençait par cette transmission là, il y aurait un peu moins de pathologie : c'est extraordinaire de voir comment des enfants, étiquetés psychotiques à leur arrivée, sortent très vite de ce que l'on a cru être une psychose, quand on leur tient ce discours.

La question de l'antagonisme du thérapeutique et du social, voilà comment elle se présente dans un service de secteur : c'est par exemple la façon dont on peut accorder une allocation d'handicapé à 100 % à un petit enfant à cause d'un diagnostic médical, tuant de la même façon le désir des parents, avec une mère qui peut dire mon fils est foutu à 100 % et demander le placement. Pourquoi dans notre société, au lieu de fournir des allocations familiales aux parents ou de donner des allocations spéciales, n'a-t-on jamais pensé à décider la gratuité pour l'accès à tous les enjeux de vie pour les enfants ? Cela nous éviterait de passer par des choses très compliquées qui nous agitent et nous font perdre beaucoup de temps.